

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة

كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات

(دراسة مقارنة بين عينة من مدمني المخدرات وغير المدمنين)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص علم النفس المرضي
الاجتماعي

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

إعداد الطالبة :

جابر نصر الدين

أبريجم سامية

أعضاء لجنة المناقشة :

- أ.د دبلّة عبد العالي /جامعة محمد خيضر- بسكرة - / رئيسا .
- أ.د جابر نصر الدين / جامعة محمد خيضر- بسكرة -/ مشرفا و مقرر .
- د بلوم محمد / جامعة محمد خيضر- بسكرة - / عضوا .
- د جبالي نور الدين / جامعة الحاج لخضر – باتنة - / عضوا .

السنة الجامعية : 2007 – 2008

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكرو تقدير

الشكر والحمد والثناء لله تعالى على ما وهبنا من النعم فقد أحيانا من عدم وهدانا من ضلالة وعلمنا من جهالة، وعافانا وأوانا وكسانا، فالله تعالى الحمد كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه الذي أعانني على إتمام بحثي هذا، ولولا توفيقه عز وجل لما تحقق من ذلك شيء.

ثم الشكر والتقدير الوافر إلى أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور / جابر نصر الدين المشرف على هذه الدراسة والذي كان نعم الموجه والمرشد والمعلم منذ قيامه بتدريسي في السنة النظرية، إلى أن واصل إشرافه ومتابعته لجميع خطوات هذه الدراسة منذ كانت فكرة إلى أن أصبحت في شكلها الحالي، فجزاه الله تعالى خيراً.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بقبول مناقشة هذه الدراسة

كما أتقدم بالشكر إلى مركز المعلومات والتوثيق والمكتبة المركزية في "جامعة عين شمس" بمصر والذين زودوني بكل ما احتاج له من رسائل وكتب، والشكر موصول لكل عمال مكتبة الأنجلو المصرية على تعاملهم الجيد وتوفير كل ما طلبته منهم .

كما لا يفوتني أن أشكر الأستاذ الدكتور عبد الله بن سلطان السبيعي استشاري وأستاذ الطب النفسي بكلية الطب بجامعة الملك سعود على تزويدي ببعض المراجع، والشكر موصول لكل من رئيس مصلحة المركز الوسيط لمعالجة الإدمان بوخضرة - عنابة ومدير ومستشار التوجيه والتقييم بالمعهد الوطني المتخصص في التكوين المهني والتسيير - تبسة، على ما أبدوه من تعاون .

كما أشكر كافة أفراد مجتمع الدراسة الذين تفضلوا بالإجابة على المقاييس، وعلى ما أبدوه من تجاوب طوال فترة التطبيق، فلتعاونهم دور كبير في الخروج بهذه النتائج .

وأخيراً أشكر الذين مهما كتبت في حقهما من عبارات الشكر والامتنان لن أوفيتهما حقهما علي، والدي الحبيبين على تشجيعهما الدائم لي وبذلهم الكثير من عطاء نفسيهما الفياضة رغبة منهم في إتمام هذه الدراسة فجزاهم الله عني خيراً الجزاء في الدنيا والآخرة .

إهداء

إلى من بذل الكثير في سبيل تربيتي وتعلمي، وكان لي المثل الذي غرس في نفسي علو الهمة وحب الطموح، وأنار لي طريق العلم وعلمني كيف أقف أمام العقبات، وكان لي سنداً في هذه الحياة وعبد لي الطريق المصاعب بعد الله عز وجل إلى والدي أقدم لك هذا العمل المتواضع الذي هو بعض غرسك وثمرة من ثمار جهدك، وأسأل الله العليّ القدير أن يجعل كل ما قدمته لي في ميزان حسناتك إنه جواد كريم .

إلى من يناديها قلبي قبل لساني، إلى ينابيع الحنان والحب والصبر، إلى العين التي أبصر بها دربي، إلى التي عرفت منها معنى التضحية والعطاء، إلى الأغصان التي أظلتني بلطف وساعدتني على الجد والاجتهاد، وهبت لي ظروف البحث وتحملت معي مشقة هذا العمل، ودعمتني بعبائها ودعائها في السر والعلن، إلى والدتي الحبيبة أطال الله عمرها وأمدّها بالعافية وجزاها الله خير الجزاء .

إلى روح جدتي الطاهرة رحمها الله التي طالما تمنيت وجودها لتشهد معي فترة انتقالية في تاريخ حياتي، لا يسعني إلا أن أدعو الله أن يتغمدها برحمته ويغفر لها .

إلى جميع أفراد عائلتي دون استثناء حفظهم الله ورعاهم .

إلى جميع صديقاتي أبقاهم الله ذخراً.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير .

الإهداء .

فهرس الجداول .

فهرس الأشكال .

مقدمة أ.

الجانبة النظري

الفصل الأول : طرح إشكالية الدراسة

I - إشكالية الدراسة.....	03
II - أهداف الدراسة.....	06
III - أهمية الدراسة.....	06
IV - حدود الدراسة.....	08
V - الدراسات السابقة.....	09
المصطلحات الأساسية للدراسة.....	15
VII - فرضيات الدراسة.....	16

الفصل الثاني : الرهاب الاجتماعي

تمهيد.....	18
I - نبذة تاريخية عن الرهاب الاجتماعي.....	18
II - معدل انتشار الرهاب الاجتماعي.....	20
III - تعريف الرهاب الاجتماعي:.....	24
III - 1 - تعريف الرهاب.....	24
III - 2 - تعريف الرهاب الاجتماعي.....	25

27	IV - بداية ومآل الرهاب الاجتماعي.....
29	V - موقع الرهاب الاجتماعي بالنسبة للأمراض النفسية.....
31	VI - محكات تشخيص الرهاب الاجتماعي.....
33	VII - أعراض الرهاب الاجتماعي.....
34	VIII - مكونات الرهاب الاجتماعي.....
36	IX - أنواع الرهاب الاجتماعي.....
37	X- التشخيص الفارق للرهاب الاجتماعي.....
45	XI - مضاعفات الرهاب الاجتماعي.....
50	XII - أدوات تقدير الرهاب الاجتماعي.....
52	XIII - النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي.....
63	XIV - الوقاية من الرهاب الاجتماعي.....
65	XV - علاج الرهاب الاجتماعي.....
72	خلاصة.....

الفصل الثالث : المخدرات

74	تمهيد.....
74	I - المخدرات :
74	I - 1 - تعريف المخدرات والمفاهيم المرتبطة بها :
74	I - 1 - 1 - تعريف المخدرات.....
77	I - 1 - 2 - تعريف المفاهيم المرتبطة بالمخدرات.....
82	I - 2 - مراحل إدمان المخدرات.....
83	I - 3 - تصنيف المخدرات.....
103	I - 4 - طرق تعاطي المخدرات.....
104	I - 5 - شخصية المدمن.....

109.....	أ - 6 - النظريات المفسرة لإدمان المخدرات
116.....	أ - 7 - أضرار المخدرات
119.....	أ - 8 - الوقاية من إدمان المخدرات
121.....	أ - 9 - علاج إدمان المخدرات
126.....	II - المخدرات في الجزائر :
126.....	II - 1 - وضعية المخدرات في الجزائر
134.....	II - 2 - العوامل المؤدية إلى تفاقم ظاهرة المخدرات في الجزائر
135.....	II - 3 - المخدرات في التشريع الجزائري
136.....	II - 4 - تأثير استهلاك المخدرات في الجزائر
137.....	II - 5 - سياسية الجزائر في مكافحة المخدرات
138.....	II - 6 - علاج المخدرات في الجزائر
139.....	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية

142.....	تمهيد
142.....	I - الدراسة الاستطلاعية :
142.....	I - 1 - أهداف الدراسة الاستطلاعية
142.....	I - 2 - إجراءات الدراسة الاستطلاعية
143.....	I - 3 - عينة الدراسة الاستطلاعية
143.....	I - 4 - الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية
145.....	I - 5 - نتائج الدراسة الاستطلاعية
146.....	II - الدراسة الأساسية :
146.....	II - 1 - منهج الدراسة

147.....	١٢ - ٢ - مجتمع الدراسة.
147.....	١٢ - ٣ - عينة الدراسة.
149.....	١٢ - ٤ - أدوات الدراسة.
157.....	١٢ - ٥ - إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية.
161.....	١٢ - ٦ - الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
الفصل الخامس : عرض ومناقشة النتائج	
165.....	تمهيد.....
165.....	I - عرض النتائج.....
168.....	II - مناقشة وتفسير النتائج.....
175.....	III - استنتاج عام.....
177.....	IV - خاتمة.....
178.....	V - الاقتراحات.....
180.....	قائمة المراجع
الملاحق .	
ملخص الدراسة .	

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
38	يوضح الفرق بين الرهاب الاجتماعي و نوبات الهلع.	01
39	يوضح الفروق بين الرهاب الاجتماعي والخوف من الأماكن الواسعة.	02
41	يوضح الفرق بين اضطراب الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعي	03
44	يوضح الفرق بين الرهاب الاجتماعي والخجل.	04
133	يوضح كميات المخدرات المحجوزة على المستوى الوطني وعدد القضايا المعالجة .	05
144	يوضح الدرجات الكلية لأفراد عينة المدمنين على مقياس المخدرات في الدراسة الاستطلاعية قبل المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.	06
145	يوضح الدرجات الكلية لأفراد عينة غير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي في الدراسة الاستطلاعية قبل المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.	
149	يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب العمر.	08
153	يبين قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا في مقياس الرهاب الاجتماعي.	09
156	يبين قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا في مقياس المخدرات.	10
157	يوضح الدرجات الكلية لأفراد عينة مدمني المخدرات على كل من مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس المخدرات في الدراسة الأساسية قبل المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.	11
159	يوضح الدرجات الكلية لأفراد عينة غير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي في الدراسة الأساسية قبل المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.	12

165	يوضح معامل الارتباط بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات لدى مدمني المخدرات.	13
166	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسط درجات مدمني المخدرات ومتوسط درجات غير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي.	14
167	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي الاتجاه لتحديد الفروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين الأعمار المختلفة لأفراد عينة مدمني المخدرات.	15

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
19	يوضح تصنيف الرهاب حسب « JANET »	01
30	يوضح موقع الرهاب بالنسبة للأمراض النفسية	02
56	يوضح طريقة تعلم الرهاب الاجتماعي	03
59	يفسر الرهاب الاجتماعي وفق النموذج السلوكي/المعرفي لـ " رابي " و " سيمبرج "	04
62	يوضح نموذج للطرق المتعددة والتي ينشأ فيها الرهاب الاجتماعي حسب "بارلو" « Barlou »	05

مقدمة:

خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان وأودع فيه غريزة الخوف، فالخوف من حيوان مفترس أو من نشوب حريق مفزع يعتبر خوفاً طبيعياً يدفع بالإنسان إلى حماية نفسه، كما أن الخوف والقلق بالقدر المعقول من الامتحان يدفع الطالب إلى الاجتهاد حتى يجتاز هذا الامتحان بنجاح وتفوق، لكن قد يبلغ فرط الإحساس بالخوف لدى البعض إلى حد الرهاب (الخوف المرضي) الذي يتجاوز الخوف الطبيعي. ولقد شغل موضوع الرهاب اهتمام العديد من مدراس علم النفس، فتعددت الاتجاهات في تفسيره، بدءاً من إرجاعه إلى عوامل وراثية، واختلالات كيميائية، مروراً باعتباره أنه ناتجاً عن إزاحة للموضوع الأصلي للخوف، أو اعتباره تعبيراً رمزياً عن صراع نفسي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للفرد وهذا رأي أصحاب نظرية التحليل النفسي، أما النظرية السلوكية فتراه استجابةً متعلمة عن طريق الإشراف الكلاسيكي، أما أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي فذهبوا إلى أن الخوف يتم تعلمه عن طريق تقليد نماذج الخوف التي يراها الفرد في الآخرين خاصة الجماعات المرجعية بالنسبة له، ومن ناحية أخرى فإن المعرفيين يرجعون الرهاب إلى مفاهيم ومعتقدات وأفكار خاطئة.

وعلى العموم، فالرهاب أنواع عديدة، حيث تم تصنيف ثلاثمائة نوع وأزيد، وربما كانت القائمة بلا نهاية، ولكن التصنيفات الحديثة تفيد بأن كل أنواع الرهاب تقع في ثلاث أنواع رئيسية نذكر منها :

أ - رهاب الأماكن الواسعة . ب - الرهاب البسيط . ج - الرهاب الاجتماعي .

هذا الأخير قد حظي بدراسات كثيرة خاصة في العقد الأخير من القرن الماضي وبداية القرن الحالي، لأنه من الأمراض النفسية التي بدأت في الازدياد والشيوع في السنوات الأخيرة ، خاصة وأن إنسان اليوم يعيش ظروفاً حياتية معقدة يسودها كثير من ضروب التزاحم والمنافسة والتوتر والقلق، والتي ترجع إلى اضطرابات العلاقات

الإنسانية، لذلك لجأ البعض كنتيجة طبيعية لهذه الاضطرابات إلى النفور والخوف من الآخرين، بل ومن كافة المواقف الاجتماعية التي تحتم عليه التفاعل ، بهدف حماية أنفسهم من مشكلات عديدة .

ومن ثم يمكن القول بأن الرهاب الاجتماعي يمثل واحداً من المشاكل الجادة نظراً لأنه يعتبر بمثابة نقطة البداية بالنسبة لكثير من المشكلات التي يمكن أن يعانيها ويعايشها الفرد، فلا شك أنه مع مرور سنين من المعاناة والألم النفسي ، فإن المريض بالرهاب الاجتماعي يتعرض لسلسلة من المشكلات والاضطرابات، مما يصح معه تسمية هذا الاضطراب بالإعاقة النفسية .

وستتناول في بحثنا هذا أحد الاضطرابات التي تنتج عن الرهاب الاجتماعي والمتمثل في الإدمان على المخدرات، حيث أشارت بعض الدراسات إلى أن البعض من مرضى الرهاب الاجتماعي يلجأون إلى المخدرات لتساعدهم على مواجهة المواقف الاجتماعية العادية التي تسبب لهم الخوف والارتباك ، وبعد فترة من الاستعمال تصبح مشكلة تعاطي المخدرات تضاهي بل تفوق مشكلة الرهاب الاجتماعي عندهم، وعليه سنقوم بدراسة العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات في دراسة مقارنة بين عينة من المدمنين وأخرى من غير المدمنين باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن، وقد قسمت الدراسة إلى جانبين، جانب نظري وآخر تطبيقي، ولقد احتوى الجانب النظري على الفصول الآتية :

الفصل الأول : وتم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة وأهدافها وأهميتها وحدودها، وكذا الدراسات السابقة، والمصطلحات الأساسية للدراسة، وأخيراً فروض الدراسة .

الفصل الثاني : وخصص للرهاب الاجتماعي بدءاً بتقديم نبذة تاريخية عنه ومعدل انتشاره وتعريفه، وبداية الإصابة ومآله وموقعه بالنسبة لباقي الأمراض النفسية، فالمحكات المعتمدة لتشخيص هذا الاضطراب وأعراضه ومكوناته مروراً إلى أنواعه. وتطرقنا إلى تشخيص الفارقي (differentiel) للرهاب

الاجتماعي ومضاعفاته وأدوات تقديره، ثم النظريات المفسرة له، وأخيراً أهم الطرق الوقائية ، وأهم الأساليب العلاجية المتبعة فيه

الفصل الثالث : اشتمل على المخدرات ولقد قسم إلى جزئين :

الجزء الأول : استعرضنا فيه تعريف المخدرات، والمفاهيم المرتبطة بها، ومراحل الإدمان عليها وطرق تعاطيها، وأهم الشخصيات عرضة للوقوع في الإدمان عليها، ثم النظريات المفسرة، مع رصد أضرارها وأساليب الوقاية منها وأهم الطرق المستخدمة لعلاجها .

الجزء الثاني : فقد خصص للحديث عن المخدرات في الجزائر .

أما الجانب التطبيقي فقد احتوى على الفصول الآتية :

الفصل الرابع : وتضمن إجراءات الدراسة الميدانية بدءاً بإجراءات الدراسة الاستطلاعية التي تم تناولها من خلال الهدف من الدراسة والإجراءات والعينة والأدوات المستخدمة فيها وأخيراً نتائجها، أما الدراسة الأساسية فقد تم تناولها من حيث المنهج المتبع في الدراسة والمجتمع الأصلي، وعينة الدراسة وكيفية اختيارها، والأدوات المستخدمة ثم إجراءات التطبيق وأخيراً الأساليب الإحصائية المستخدمة .

الفصل الخامس : فقد تم فيه عرض النتائج ومناقشتها وتفسيرها وفق فرضيات الدراسة والدراسات السابقة ، ثم استنتاج عام، لتنتهي الدراسة بخاتمة ومجموعة من الاقتراحات في ضوء النتائج المتوصل إليها .



الجانبة النظري

الفصل الأول : طرح إشكالية الدراسة

I - إشكالية الدراسة .

II - أهداف الدراسة .

III - أهمية الدراسة .

IV - حدود الدراسة .

V - الدراسات السابقة

VI - المصطلحات الأساسية للدراسة .

VII - فرضيات الدراسة .

I - إشكالية الدراسة :

من السمات المميزة للكائن البشري أنه اجتماعي بطبعه، يتعامل مع الآخرين من حوله من خلال العلاقات البشرية التي قد تكون ايجابية أو سلبية في بعض الأحيان . ووجود الجماعة البشرية يعني بالضرورة وجود تفاعل اجتماعي في شتى ميادين الحياة مثل المدرسة أو العمل أو السوق أو غير ذلك من مواقع المجتمع المحلي، ونتيجة لهذه التفاعلات، ونشوء العلاقات الاجتماعية يتحدد لكل فرد موقع في مجتمعه، فمنهم من يكون موقعه أساسيا، ومنهم من يجد نفسه بشكل أو بآخر في دور هامشي، ولعل هذا مايجعل بعض الناس يشعر بالراحة والاطمئنان ويتمتع بالصحة النفسية وتحقيق الذات من خلال وجوده وتفاعله داخل الجماعة، بينما يشعر البعض الآخر بالضيق والاضطراب والقلق والإحباط من هذا الوجود وهذا التفاعل وبالرغم مما سبق فلا بد للفرد من أن يعيش ضمن الجماعة، ويسعى باستمرار إلى التكيف، وذلك لضرورة وجوده داخل الجماعة. حيث تعد حاجة الإنسان إلى الصحة والانتماء من الحاجات الأساسية للكائن البشري ولقد شبه الإسلام علاقة أبنائه مع بعضهم بالجسد الواحد الذي يؤثر ويتأثر بخلل أعضائه، حيث يقول الرسول صلى الله عليه وسلم >> مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الأعضاء بالسهر والحمى <<. متفق عليه .

ولكن هذا لايعني خلو المجتمع المسلم من بعض المشكلات التي تنشأ من جراء علاقة أفراد مجتمعه بعضهم ببعض خاصة إذا كانت هذه العلاقة يسودها بعض الغموض. ومن هذه المشكلات النفسية ضعف توكيد الذات، والشعور بالدونية والرهاب الاجتماعي، هذا الأخير الذي يعد من أكثر الأمراض النفسية شيوعا بين بني البشر ولعله من أشد أشكال القلق التصاقا بالإنسان .

ويعد الرهاب الاجتماعي أحد الأنواع الرئيسية والشائعة للرهاب، وهو خوف غير منطقي متواصل من موقف أو أحد المواقف الاجتماعية، ورغبة شديدة في تجنب هذه الأخيرة التي يعتقد بأنه سوف يتعرض فيها للنقد من الآخرين أو التي سيكون فيها ملاحظا من قبل الآخرين أو التي سيسلك فيها سلوكا غير لائق .

وهناك نوعان من الرهاب الاجتماعي هما: الرهاب الاجتماعي المعمم، والرهاب الاجتماعي الخاص، ويقتصر النوع الثاني الخاص على الخوف من موقف واحد وأكثرها انتشاراً هو الخوف من التحدث أمام الناس، أما الرهاب الاجتماعي المعمم فيمتد إلى جميع التفاعلات والمواقف الاجتماعية .

ويعتبر الرهاب الاجتماعي من بين أحد الاضطرابات الأكثر شيوعاً في الطب النفسي حيث تشير البحوث النفسية إلى أن الرهاب الاجتماعي يحتل المرتبة الثالثة بين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً بعد الاكتئاب والإدمان ، كما أوضحت نتائج المسح الذي قام به " كيسلر و زملاؤه " أن معدل انتشار الرهاب الاجتماعي يبلغ (13,13%) وخلال العشرين سنة الماضية ارتفعت تقديرات انتشار الرهاب الاجتماعي لدى الجمهور العام من (2%) إلى أكثر من (13%).

ويعد الرهاب الاجتماعي في الدول العربية من أكثر أنواع الاضطراب النفسي شيوعاً بين طلاب الجامعات العربية بما فيها مصر وليبيا والكويت والسعودية. (حياة خليل البناء. أحمد محمد عبد الخالق .صلاح أحمد مراد، 2006، ص 292) .

وبالرغم من الزيادة في انتشاره و حدوث عواقب نفسية سيئة له، إلا أنه كان أقل أهمية من اضطرابات القلق الأخرى في جذب انتباه الباحثين في مجال علم النفس المرضي، ومن الأسباب الكامنة وراء ذلك، أنه قد يكون من الصعب تصور الرهاب الاجتماعي كاضطراب نفسي إذا ما سلمنا أن حوالي (40%) من المجتمع يصفون أنفسهم بمن يتسمون بالخجل، كما قد يرجع ذلك إلى حقيقة أن الرهاب الاجتماعي لم يكن فئة تصنيفية معروفة حتى نشر دليل التشخيص الإحصائي الثالث سنة (1980).

وإذا كان الرهاب الاجتماعي يعكس في الحقيقة خوفاً شديداً وثابتاً وغير منطقي من مواقف اجتماعية أو أدائية قد يحدث فيها الارتباك، ويحاول الفرد تجنب تلك المواقف الاجتماعية خشية التقويم السلبي من الآخرين، فإن من المتوقع أن يرتبط الرهاب الاجتماعي بظهور عدة اضطرابات نذكر منها أحد أهم الاضطرابات التي يعاني منها العالم اليوم سواء العالم الغربي أو العربي والمتمثلة في إدمان المخدرات، حيث يلجأ المصابون باضطراب الرهاب الاجتماعي عادة إلى المخدرات للتغلب على المخاوف

الاجتماعية التي يواجهونها ، فتجدهم يبحثون عن دواء شاف للتغلب على أعراض هذا الاضطراب وإعادة الاعتبار لأنفسهم والتقدير لذواتهم في أعين الآخرين، وما يساعد على هذا التعاطي ما يسمى بالتدعيم، وهو أن ذلك المريض عندما يتعاطى لأول مرة ويحس بالزوال المؤقت لتلك الأعراض ينجرى إلى التعاطي ظناً منه أنه اكتشف العلاج السحري لهذا المرض دون أن يعرف بأنه عالج المرض بمرض أشد فتكا ،حيث وجدت أحد الدراسات التي قام بها " فان" <<Van >> سنة (1991) والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والاضطرابات النفسية ، إذ قام الباحث بدراسة (57) مصابا باضطراب الرهاب الاجتماعي، وأعطت الدراسة عدة نتائج من بينها أن نسبة (15%) من أفراد العينة يتعاطون عدة أنواع من المخدرات للتغلب على مظاهر القلق .

ومما لاشك فيه أن مشكلة المخدرات أصبحت من أعقد المشكلات، حيث عمت من خلالها البلوى، وهذا لما لهذه المشكلة من انعكاسات سلبية على حياة الأفراد والمجتمعات، حيث أصبحت معظم الدول والمجتمعات تعاني منها، وتحتل مكان الصدارة بين المشكلات الاجتماعية والصحية والإنسانية، والجزائر من بين الدول التي ازداد فيها انتشار المخدرات بصورة رهيبية وهذا من خلال الإحصائيات المتوفرة مثلا في سنة (2007) تم حجز (678.227) كلف من القنب و(1375) قرص من الأقراص المهلوسة نظرا لموقعها الجغرافي والسياسي والتطورات المتسارعة التي طرأت على الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية نتيجة تأثير العولمة، أيضا بسبب الظروف والمشاكل التي مرت بها الجزائر في سنوات التسعينات هذه الأخيرة التي لازالت تحصد تبعاتها إلى حد اليوم.

وهذا أدى إلى اهتمام الباحثة بدراسة الرهاب الاجتماعي و علاقته بإدمان المخدرات وخاصة من خلال قلة الدراسات التي اهتمت بدراسة الرهاب الاجتماعي على مستوى البيئة المحلية .

لذا تسعى الدراسة الحالية للإجابة عن التساؤلات التالية :

1- هل توجد علاقة بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات ؟ .

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المخدرات وغير المدمنين ؟ .

3- هل تختلف درجة الرهاب الاجتماعي بين المدمنين على المخدرات باختلاف العمر؟.

II – أهداف الدراسة :

1 – التعرف على طبيعة العلاقة بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات .
2 – الكشف عن الفروق بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي .

3 – التعرف على وجه الاختلاف في درجة الرهاب الاجتماعي بين المدمنين على المخدرات باختلاف العمر .

4 – من المتوقع أن تسفر النتائج التي سَيَتَمُّ التوصل إليها إلى لفت انتباه الأخصائيين النفسيين لضرورة علاج الرهاب الاجتماعي، باعتباره اضطراباً له آثار سلبية عديدة على حياة الفرد من بينها آفة المخدرات، هذه الأخيرة التي تفتت بصورة كبيرة في المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة حسب الإحصائيات المتوفرة .

III – أهمية الدراسة :

1 – تتمثل أهمية الدراسة الحالية فيما تسعى إليه من إمطة اللثام عن مفهوم الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات كمشكلة من المشاكل الاجتماعية، حيث أشارت العديد من المراجع أن مآل الفرد المصاب بالرهاب الاجتماعي هو إدمان المخدرات والمسكرات .

2 – الآثار السلبية لإدمان المخدرات على الفرد والمجتمع، وهي كثيرة ومتعددة فهي تذهب العقل البشري وتسبب الفتور والهذيان والضعف وتحطم الجسم، كما أنها تؤدي بالمدمن إلى عدم القدرة على أداء واجباته، حيث يقل إنتاجه مما ينعكس ذلك على الأسرة فتتفكك وينحرف الأبناء ومن ثمة يتأثر استقرار المجتمع ككل، كما تؤدي إلى انهيار الاقتصاد نتيجة ضعف الإنتاجية ونتيجة لما تخصصه الدولة من مبالغ هائلة في سبيل مكافحة وإعادة تأهيل المدمنين، إضافة إلى ذلك فالمخدرات مرتبطة ارتباط وثيقاً

بالجريمة، وتؤثر على عدم الاستقرار والأمن والنظام العام، كما أنها سلاح استعماري رهيب يوجهها المستعمر إلى عقول الشعوب المستهدفة .

3 - تسليط الضوء على اضطراب الرهاب الاجتماعي وطبيعة علاقته بسلوك الإدمان على المخدرات، حيث يشير الكثير من الباحثين إلى أن كثيرا من المرضى بالاضطرابات النفسية خاصة الخوف من مواجهة الآخرين، يلجأون إلى تعاطي المخدرات للتغلب على المخاوف الاجتماعية التي يواجهونها، وهذا في معرض بحثهم عن دواء شاف للتغلب على أعراض هذا الاضطراب وإعادة الاعتبار والاحترام لذواتهم.

4 - قلة الدراسات العلمية في المجتمع الجزائري، فيما يتعلق بموضوع هذا البحث حيث أن معظم الدراسات قد ركزت أهدافها على دراسة موضوع إدمان المخدرات وعلاقته بمتغيرات أخرى غير متغير الدراسة الحالية (الرهاب الاجتماعي)، وهذا في حدود علم الباحثة من خلال اطلاعها .

5 - كما تتمثل أهمية الدراسة في الجانب الوقائي، فلما كانت مشكلة المخدرات من أكثر المشاكل الاجتماعية المنتشرة فإن الفهم الجيد للعوامل النفسية التي تسهم في انتشارها كالرهاب الاجتماعي، يساعد في التخطيط وإعداد البرامج الوقائية للحد من انتشار هذه الآفة .

IV - حدود الدراسة :

لقد كانت حدود الدراسة على النحو التالي:

أ - الحدود البشرية :

تمثل مجتمع الدراسة في عينة من مدمني المخدرات ، وعينة من غير المدمنين .

ب - الحدود المكانية :

تم إجراء الدراسة الحالية في :

- المركز الوسيط لعلاج الإدمان بوخضرة - عنابة ، بالنسبة لتواجد عينة المدمنين .

- كلية علوم الهندسة بالمركز الجامعي الشيخ العربية التبسي – تبسة (لإجراء الدراسة الاستطلاعية).
- المعهد الوطني المتخصص في التكوين المهني للتسيير – تبسة، بالنسبة لتواجد عينة غير المدمنين .

ج - الحدود الزمنية :

بالنسبة للدراسة الاستطلاعية تم إجراؤها أولا للتعرف على مجتمع الدراسة الأصلي لعينة المدمنين خلال شهر جوان وبداية شهر جويلية (2007)، والتأكد من الخصائص السيكمترية لمقياس الرهاب الاجتماعي في نفس المدة الزمنية، أما التأكد من الخصائص السيكمترية لمقياس المخدرات فتم خلال شهر نوفمبر (2007)، أما بالنسبة للدراسة الأساسية تم إجراؤها خلال الفترة الممتدة من شهر ديسمبر (2007) إلى غاية شهر مارس (2008) .

V - الدراسات السابقة :

حسب اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة التي تناولت الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالاضطرابات النفسية، وجدت أن الكثير منها تناول الرهاب الاجتماعي من حيث علاقته بالكحول أكثر شيء، يليه الاكتئاب وتقدير الذات أما فيما يتعلق بالدراسات حول العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات فهي قليلة يمكن تصنيفها ضمن بعض الدراسات الأجنبية، أما الدراسات العربية فلم يقع بين يدي الباحثة إلا دراسة واحدة تتمثل في رسالة ماجستير من جامعة نايف للعلوم الأمنية بالرياض وهذا في حدود علم الباحثة .

1 - الدراسات الأجنبية :

الدراسة الأولى :

دراسة (بيزارب وآخرون Bisserbe Et al ، 1996)

عنوان الدراسة :

* الرهاب الاجتماعي في العناية الأولية : مستوى استعمال المخدر *

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الرهاب الاجتماعي وعلاقته باستخدام المخدرات وتم إجراء هذه الدراسة في باريس، من طرف أطباء الرعاية النفسية الأولية كجزء من دراسة منظمة لصحة الأولية المعنونة بـ* مشاكل نفسية في الرعاية الصحية* وقد طبق الباحثون دراستهم على عينة تتكون من (160) فردا يعانون من الرهاب الاجتماعي، و توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

أ - (53 %) من أفراد العينة يعانون من الرهاب الاجتماعي والاكتئاب معا .

ب - (61 %) من مرضى الرهاب الاجتماعي أخذوا على الأقل مخدراً واحداً مؤثراً على العقل في الشهر الأخير .

(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8923106&dopt=Citation 22/12/2007)

الدراسة الثانية :

دراسة لمجموعة من الباحثين بقسم طب الأمراض العقلية والسلوكية بجامعة كارولينا

الجنوبية بالولايات المتحدة الأمريكية سنة 1997

عنوان الدراسة :

* الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الكوكايين *

ولقد تم إجراء الدراسة على عينة تتكون من (158) مدمن للكوكايين، فتم تشخيص الرهاب الاجتماعي لديهم بالاعتماد على المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي وفق

الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، فاستخلص الباحثون من هذه الدراسة وجود علاقة بين الرهاب الاجتماعي والاعتماد على الكوكايين .

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=913407>)

05/01/2008)

الدراسة الثالثة :

دراسة (جريجوري وآخرون Grégoire et al ، 2004)

عنوان الدراسة :

* انتشار الرهاب الاجتماعي لدى عينة إكلينيكية من مدمني المخدرات*
ولقد تم إجراء هذه الدراسة على عينة تتكون من (75) مدمناً يتلقون علاجاً داخلياً ً
أي يقيمون بالمستشفى، وعينة تتكون من (75) مدمن يتلقون علاجاً خارجياً، ولقد اعتمدوا
على محكات الاعتماد على المخدر وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع
للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي كما
قاموا باستخدام مقياس القلق << Liebowitz >> من أجل تشخيص الرهاب الاجتماعي
فتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

أ – (20%) يعانون من الرهاب الاجتماعي المعمم .

ب – (42.6%) يعانون من الرهاب الاجتماعي الخاص .

(<http://www.jad-journal.com/article/PIIS0165032704001788/abstrac>)

05/01/2008)

2- الدراسات العربية :

دراسة (كتاب بن عقيلان العتيبي ، 2005)

عنوان الدراسة :

* الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات
الشخصية*

وهي عبارة عن بحث مقدم استكمالاً لمتطلبات الحصول على شهادة الماجستير بجامعة نايف للعلوم الأمنية بالرياض .

وتتحدد مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤل الرئيسي :

ما طبيعة الرهاب الاجتماعي لدى المدمنين على الكحول والحشيش ؟

أما التساؤلات الفرعية تتمثل فيما يلي :

- مازجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات ؟

- مازجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش ؟

- هل توجد فروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المسكرات ومدمني الحشيش؟

-هل يختلف الرهاب الاجتماعي لدى مدمني الحشيش ومدمني المسكرات باختلاف المتغيرات الشخصية ؟

- هل الرهاب الاجتماعي سببا لتعاطي الحشيش لدى أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات ؟

- هل الرهاب الاجتماعي سببا لتعاطي الكحول لدى أفراد عينة الدراسة من مدمني المسكرات ؟

ويتمثل الهدف الرئيسي لهذه الدراسة في التعرف على الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش، كما تهدف الدراسة إلى التعرف على علاقة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش ببعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في (العمر والتعليم والحالة الاجتماعية) .

واعتمد الباحث في هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي .

ولقد قام الباحث على إجراء دراسته على نزلاء مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض من المدمنين على المسكرات والحشيش والبالغ عددهم (120) مدمناً بواقع (60) مبحثاً من مدمني المسكرات و(60) مبحثاً من مدمني الحشيش، ولقد تم اختيارهم بطريقة قصديه .

وللإجابة عن تساؤلات الدراسة قام الباحث بتطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي من إعداده ، كما قام بتطبيق مقياس دور الرهاب الاجتماعي في تعاطي الحشيش والمسكرات من إعداد الباحث أيضا .

و توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج تمثلت في الآتي :

1- وجود درجة مرتفعة من الرهاب الاجتماعي لدى كل من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش .

2 - اتضح عدم وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية في درجة الرهاب الاجتماعي بين المبحوثين من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش، ويعزى ذلك لوحدة البيئة الاجتماعية والثقافية والتشابه الكبير في المتغيرات الشخصية للمجموعتين .

3- تبين أن الرهاب الاجتماعي لدى كل من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش لا يختلف باختلاف المتغيرات الشخصية المتمثلة في (العمر- الحالة الاجتماعية - المؤهل العلمي - مستوى الدخل) .

4- اتضح وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المسكرات والحشيش بين المبحوثين .(كتاب بن عقيلان العتيبي، 2005، ص ص 5- 6 - 120-162- 163) .

التعليق على الدراسات السابقة :

بعد استعراض الدراسات السابقة في مجال البحث الحالي وهو العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات، ترى الباحثة ما يأتي :

* بعد مراجعة أدبيات الدراسات وكل ما استطاعت الباحثة أن تصل إليه من معلومات في مجال البحث الحالي، اتضح أن موضوع الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات، موضوع لم يتم تناوله بشكل موسع، إلا أنه من الموضوعات التي حظيت ببعض الدراسات الغربية التي تم ذكرها، أما على المستوى العربي فلا توجد إلا دراسة عربية واحدة تناولت دراسة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية، وهي دراسة كتاب بن عقيلان العتيبي التي هدفت

إلى التعرف على الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية ، وهي دراسة طبقت في البيئة السعودية، أما على المستوى المحلي فلا تتوفر دراسات تناولت مثل هذا الموضوع وهذا كما أشارنا سابقاً في حدود علم الباحثة .

* أما من ناحية مجتمع الدراسة، فقد استخدمت الدراسة الأجنبية الأولى (160) فرداً ممن يعانون من الرهاب الاجتماعي، أما الدراسة الثانية فقد استخدمت (158) مدمناً لمخدر الكوكايين، أما في الدراسة الثالثة قد اعتمدت على عينة من المدمنين منهم من يتلقون علاجاً داخلياً أي يقيمون في المستشفيات ومنهم من يتلقون علاجاً خارجياً، أما الدراسة العربية فقد استخدمت عينة من مدمني المسكرات ومدمني الحشيش المقيمين في مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض .

ويتراوح حجم العينات المستخدم في الدراسات الأجنبية بين (75- 160) فرداً أما الدراسة العربية فكان (120) مدمناً بواقع (60) مدمناً للمسكرات و(60) مدمناً للحشيش * وتفاوتت الدراسات في المقاييس المستخدمة، فبالنسبة للدراسات الأجنبية فقد استخدمت الدراسة الثالثة مقياس القلق الاجتماعي لـ <<Liebowitz>> أما الدراسة العربية فقد استخدمت مقياس الرهاب الاجتماعي من إعداد الباحث و مقياس دور

الرهاب الاجتماعي في تعاطي الحشيش والمسكرات من إعداد الباحث نفسه أيضاً . أما الدراسات الأجنبية الأخرى فاعتمدت على المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي .

* من خلال استعراض الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن هناك اتفاقاً بين الدراستين الأجنبية الأولى والثانية والدراسة العربية في أن الرهاب الاجتماعي يؤدي إلى إدمان المخدرات .

* كما تؤكد الدراسة الأجنبية الثالثة والدراسة العربية أن المدمنين لديهم درجة مرتفعة من الرهاب الاجتماعي .

جوانب التباين والتلاقي بين هذه الدراسة والدراسات السابقة :

أ - من ناحية الهدف :

هدفت هذه الدراسة إلى توضيح العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالإدمان المخدرات لدى عينة من المدمنين، كما حاولت التعرف على دلالة الفروق بين المدمنين وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي، بينما ركزت الدراسات السابقة على إيجاد طبيعة العلاقة دون إجراء مقارنة بين المدمنين وغير المدمنين .

ب - من حيث المنهج :

ركزت الدراسة الحالية على استخدام المنهج الوصفي الارتباطي و المقارن، بينما الدراسات الأخرى ركزت على المنهج الوصفي الارتباطي لدراسة العلاقة فقط .

ج - من ناحية أداة الدراسة :

استخدمت في الدراسة الحالية أداتين، الأولى تتمثل في مقياس الرهاب الاجتماعي لمجدي الدسوقي، والثانية مقياس المخدرات لمصري عبد الحميد حنورة ، أما الدراسات السابقة استخدمت مقاييس أخرى، كما اعتمدت على المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الثالثة ، أما عن تشخيص الإدمان فقد اعتمدوا أيضا على المحكات ولكن الطبعة الرابعة .

VI - المصطلحات الأساسية للدراسة :

تتضمن الدراسة الحالية عددا من المصطلحات الأساسية تتمثل فيما يلي :

الرهاب الاجتماعي ، الإدمان ، المخدرات ، المدمن .

1 - الرهاب الاجتماعي :

هو خوف من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية حينما يتواجد الفرد وسط الغرباء أو عندما يكون موضع اهتمام من الآخرين، ويؤدي التعرض لمثل هذه المواقف غالبا إلى إثارة القلق الذي قد يأخذ شكلا يرتبط بهذا الموقف أو ذاك، ويدرك الفرد تماما أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة ولكنه مع ذلك يخاف من المواقف الاجتماعية ويتجنبها. (عادل عبد الله محمد، 2000، ص 223) .

- ويعرف الرهاب الاجتماعي إجرائيا في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات التي يحصل الفرد على مقياس الرهاب الاجتماعي لمجدي الدسوقي .

2 - الإدمان :

هو التعاطي المتكرر لمادة نفسية، لدرجة أن المدمن يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، ورفض للانقطاع، وإذا ما انقطع عن التعاطي، تصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي، إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. (نبيل صقر، 2006، ص 9) .

- ويعرف الإدمان إجرائياً في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد على مقياس المخدرات لمصري عبد الحميد حنورة .

3 - المخدرات :

تعرف منظمة الصحة العالمية المخدرات بأنها كل المواد التي تستخدم في غير الأغراض الطبية، ويكون من شأن تعاطيها تغيير وظائف الجسم والعقل، ويؤدي الإفراط في تناولها إلى حالة من التعود والإدمان بالإضافة للآثار الجسمية والنفسية والاجتماعية. (عايد على الحميدان، 2007، ص 12) .

- وتعرف المخدرات إجرائياً في هذه الدراسة بأنها كل مادة طبيعية وصناعية، إذا استخدمت لغير غرض طبي تؤدي إلى حالة من الإدمان، هذا الأخير الذي يضر بالجسم والعقل والمجتمع .

4 - المدمن :

هو الشخص الذي يتعود على تعاطي عقار معين مثل الكحول أو المخدرات ، وفي حالة توقف تعاطيه يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي، حتى يتناول جرعة من المادة التي تعود عليها. (عبد العزيز عبد الله البرثنين، 2006، ص 17) .

- ويعرف المدمن إجرائياً في هذه الدراسة بأنه الشخص الذي يستخدم مخدراً معيناً بصفة منتظمة وبشكل قهري، بحيث إذا ماتوقف عن تعاطيه لسبب ما يشعر بأعراض نفسية وجسمية مؤلمة، والذي يتحصل على درجات مرتفعة على مقياس المخدرات لمصري عبد الحميد حنورة، وهو الذي يتابع تكفل علاجي بالمركز الوسيط لمعالجة المدمنين بوخضرة عنابة .

VII - فرضيات الدراسة :

- 1 - توجد علاقة ارتباطيه بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات .
- 2 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المخدرات وغير المدمنين .
- 3 - تختلف درجة الرهاب الاجتماعي بين المدمنين على المخدرات باختلاف العمر.

الفصل الثاني : الرهاب الاجتماعي

تمهيد .

I - نبذة تاريخية عن الرهاب الاجتماعي .

II - معدل انتشار الرهاب الاجتماعي .

III - تعريف الرهاب الاجتماعي :

III - 1 - تعريف الرهاب .

III - 2 - تعريف الرهاب الاجتماعي .

IV - بداية ومآل الرهاب الاجتماعي .

V - موقع الرهاب الاجتماعي بالنسبة للأمراض النفسية .

VI - محكات تشخيص الرهاب الاجتماعي .

VII - أعراض الرهاب الاجتماعي .

VIII - مكونات الرهاب الاجتماعي .

IX - أنواع الرهاب الاجتماعي .

X - التشخيص الفارق للرهاب الاجتماعي .

XI - مضاعفات الرهاب الاجتماعي .

XII - أدوات تقدير الرهاب الاجتماعي .

XIII - النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي .

XIV - الوقاية من الرهاب الاجتماعي .

XV - علاج الرهاب الاجتماعي .

خلاصة .

تمهيد:

مما لا شك فيه أن بعض الاضطرابات النفسية، هي تضخيم للأمور النفسية الطبيعية، التي تحدث مع كل إنسان ولكنها قد تتطرف وتزداد درجتها وحدثها لتصبح مرضاً واضطراباً معطلاً ، فالحزن الطبيعي يمكن أن يتحول إلى اكتئاب مرضي والفرح العادي إلى هوس مرضي، والخوف من الغرباء إلى خوف من مواجهة الناس ومن المناسبات الاجتماعية، ومن ثم تجنب العلاقات الاجتماعية قدر الإمكان هذا الأخير يمكن أن يتحول إلى ما يسمى الرهاب الاجتماعي أو (الخوف الاجتماعي) .

ويعد الرهاب الاجتماعي أحد الأنواع الرئيسية والشائعة للرهاب، يتميز بزملة أعراض توضح اضطراب الفرد في مواقف اجتماعية في مجملها.

وهو موجود منذ العصور القديمة ، وفي جميع المجتمعات البشرية ، ولكن بنسب متفاوتة. وسنأتي في هذا الفصل بشيء من التفصيل عن الرهاب الاجتماعي.

I - نبذة تاريخية عن الرهاب الاجتماعي:

لا ينكر أحد بأن هناك اهتماماً عالمياً في مجال العاملين في حقل العلوم النفسية باضطراب الرهاب الاجتماعي، حيث ظهر أول وصف لمفهوم الرهاب الاجتماعي في نهاية القرن التاسع عشر، بعدما كانت هناك مصطلحات أخرى متداولة منها الخجل المرضي، والخوف من الاحمرار أمام الناس.

ويعتبر "جانيه" « JANET »، من أوائل الأطباء العقلين الذين اقترحوا تقسيم الرهاب ولا يزال تقسيمه يستعمل إلى حد الآن، ففي (1903) ذكر في أحد مؤلفاته والذي عنوانه "الوسواس والطب العقلي"، حيث عرض فيه تصنيفاً منظماً للرهاب وهو:

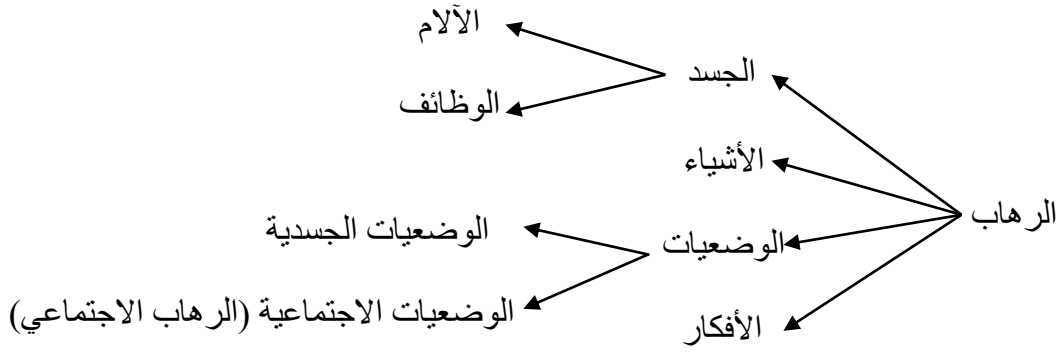
1. رهاب الأشياء.

2. رهاب الوضعيات.

3. رهاب الأفكار.

4. الرهاب الجسدي.

وبعد هذا التصنيف ظهر مفهوم الرهاب الاجتماعي مقترناً بمصطلح رهاب الوضعيات وهذا لأول مرة حسب "جانيه" « JANET »، و الشكل التالي يوضح ذلك:



شكل رقم 01: يوضح تصنيف الرهاب حسب « JANET »

و بالرغم من أن "جانيه" حدد الرهاب الاجتماعي سنة (1903) كمرض ضمن تصنيفات الرهاب، إلا أن اقتراحاته لم تؤخذ بعين الاعتبار في الطب العقلي الفرنسي ولا الألماني وبعد ذلك أُدْخِلَ الرهاب الاجتماعي كمفهوم عام في عصاب الرهاب بعد ما كان يصنف ضمن اضطرابات الشخصية.

ومع ظهور تيار التحليل النفسي الذي بذل جهوداً في وصف وتفسير الرهاب حيث فسّر على أنه إسقاط للقلق والرغبات الممنوعة داخليا على المواضيع الخارجية إلا أنه لم يضع تعريفاً محدداً للرهاب الاجتماعي، وإنما اكتفى بتصنيفه كنوع من أنواع الرهاب.

وفي سنة (1957) تم إعادة إدخال مفهوم الرهاب الاجتماعي من طرف الانجليزي "ديكسون" « Dixon » حيث نشر اختباراً يستطيع تقدير الرهاب الاجتماعي ، هذا الاختبار يتكون من (26) عبارة وهو مزدوج الإجابة.

ولقد ظهر مفهوم الرهاب الاجتماعي بوضوح في سنوات الستينات في الولايات المتحدة الأمريكية. (Servat D et Parquetph J, 1997, PP14-16).

كما حاول "إسحاق ماركس" فصل الرهاب الاجتماعي عن بقية أنواع الرهاب الأخرى وكان ذلك في بحث نشره عام (1969)، قسم فيه اضطرابات الرهاب إلى ثلاثة أنواع:

1 - رهاب الساج.

2 - الرهاب البسيط .

3 - الرهاب الاجتماعي.

وظل المجتمع العلمي لا يعترف بالرهاب الاجتماعي كاضطراب مستقل حتى عام (1980) عندما أقرت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين أن اضطراب الرهاب الاجتماعي هو تشخيص منفرد عن بقية أنواع الرهاب الأخرى، وبذلك يستحق أن يكون اضطراباً له صفاته الخاصة عن بقية أنواع الرهاب الأخرى، هذا الاعتراف الذي جاء بعد أحد عشر عاماً من محاولة البروفيسور "إسحاق ماركس".

ولقد شهدت حقبة التسعينات من القرن الماضي بحثاً دؤوباً في هذا الاضطراب خاصة عندما بدأ الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب في البحث عن حل لمشكلتهم، وبدأت شركات الأدوية أبحاثاً جادة في البحث عن علاج دوائي لهذا الاضطراب، الذي بدأ ينتشر الإعلان عنه بين عامة الناس خاصة الشباب، وأن هناك أشخاص مستعدون لدفع أي مبلغ لقاء تحسن حالهم.

[http://www.alryiadh.com/contents/03-10-2003/Mainpage/SAHA 1791 .php](http://www.alryiadh.com/contents/03-10-2003/Mainpage/SAHA%201791.php)
(26/10/2007)

II - معدل انتشار الرهاب الاجتماعي:

في الحقيقة لا أحد يملك مناعة ضد الرهاب الاجتماعي، فاحتمالات إصابة أي واحد منا واردة في أية لحظة، كما أن المطلع على الدراسات يجد أن حالات الرهاب الاجتماعي واسعة الانتشار، بشكل متفاوت بين المجتمعات ، حيث تلعب العوامل التربوية والاجتماعية والثقافية دوراً كبيراً في هذا الانتشار، وطريقة إجراء الدراسات وغيرها من الأسباب.

ولقد دلت دراسة ميدانية أمريكية في (1982)، والتي أجريت في ثلاث مدن أمريكية أن انتشار الرهاب الاجتماعي خلال ستة أشهر هو حوالي (2%) من السكان وتدل إحدى الدراسات أن (8 %) من المرضى الذين يشكون من حالات الخوف في مشفى (المودزلي) للطب النفسي بلندن لديهم حالات الرهاب الاجتماعي.

وتدل الدراسات العيادية أن حالات الرهاب الاجتماعي تنتشر أكثر في الطبقات المثقفة والميسورة مادياً، وقد يرتبط ذلك بالقدرة على طلب العلاج، وتوفر الإمكانيات المعنوية والثقافية والمالية وغير ذلك. وفي المجتمعات النامية ودول العالم الثالث ربما يكون انتشار حالات الرهاب الاجتماعي أكثر، وقد يعود ذلك إلى أن أهمية الفرد وأرائه وفرص التعبير عن ذاته هي بشكل عام أقل بروزاً أو احتراماً مقارنة مع المجتمع الغربي. (حسان المالح، 1995، ص ص 103-105).

كما كشفت دراسات نسب انتشار الرهاب الاجتماعي التي أجراها المعهد الوطني للصحة النفسية على مدى ستة شهور، أن معدل الانتشار يتراوح بين (0,9%) إلى (1,7%) لدى الرجال، ويتراوح بين (1,5%) إلى (2,6%) لدى النساء، وينبغي أن نذكر أن هذه الدراسات قد طبقت محكات الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية، والتي تضمنت فقط الأفراد الذين يعانون من قلق أداء مهن بعينها، ومن ثم فإن نسب الانتشار ربما تصبح أكثر ارتفاعاً إذا ما طبقت الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية. (ديفيد بارلو ترجمة صفوت فرج، 2005، ص ص 232-233).

وفي دراسة مسحية أجراها "كيسلر و آخرون" « Kessler et al » سنة 1994 تم فيها مقابلة 3000 شخص تتراوح أعمارهم ما بين (15) إلى (54) عاماً باستخدام المقابلة التشخيصية فبلغت نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي (13.3%) وهي من أعلى معدلات الانتشار لأي اضطراب تم قياسه بعد الاكتئاب وإدمان الكحوليات، وهذا المعدل أعلى المعدلات التي تم تسجيلها في الدراسات السابقة منذ الثمانينيات.

ويرى "شابمان و آخرون" « chapman et al » سنة (1995)، أن الرهاب الاجتماعي أكثر انتشاراً بين الإناث عن الذكور و تتراوح النسبة بين (3) من الإناث إلى (2) من الذكور، وتكون المعدلات أعلى بين الأفراد الأصغر سنناً، وغير المتزوجين والأقل تعليماً، والذين ليس لديهم عمل ثابت، والأفراد الذين ينتمون إلى مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض، ويرتبط اضطراب الرهاب الاجتماعي باضطرابات السلوك والتقدير الضعيفة في المدرسة، والأداء الرديء في العمل والتفاعل الاجتماعي المنخفض والصحة البدنية المعتلة (مجدي محمد الدسوقي، 2004، ص ص 11-12).

وفي دراسة "ستين" «stien» سنة (2000) بلغت نسبة الأفراد الذين تم تشخيصهم وفق محكات تشخيص الإصدار الرابع (DSM-IV) كمرضى بالرهاب الاجتماعي نحو (7.2%) من أفراد العينة. (طاهر سعد حسن عمار، 2006، ص 35-36) .
وحسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع دائما ، ينتشر ما بين (3%) إلى (13%) من عامة الناس، ويبلغ نسبة ما بين (10%) إلى (20%) من حالات اضطرابات القلق.
(?iddhttp://www.naijahteam.com/showarticle.php=19010/12/2007)

أما في السويد فقد نشرت جريدة "اكسبريسن" اليومية «Escpressen»، موضوع الرهاب الاجتماعي لدى السويديين في عددها الصادر في 12/ أكتوبر/ 2004 إحصائيات ودراسات عن هذا النوع من الفوبيا "، فأوردت الجريدة السويدية بأن (13-15%) من الشعب السويدي يعاني من الرهاب الاجتماعي، أي ما يقارب المليون شخص لديهم معاناة من هذا المرض ، ومن أعراض الرهاب الاجتماعي لدى السويديين هو مشاعر الخوف والهلع والذعر من المواقف الاجتماعية البسيطة .

(http : // www.annabaa.org/nbanews/41/420.htm 24/11/2007)

ويرى "حنفي إمام ونور الرمادي" أن الرهاب الاجتماعي ينتشر لدى (3% إلى 5%) من عامة الناس ويستوي فيه الذكور والإناث ، وان الخوف من الأكل في الأماكن العامة أو الكتابة أمام الآخرين أو استخدام المراحيض العامة نادر الحدوث نسبيا على حين أن السلوك المتضمن للخوف من التحدث أمام جمع من الناس شائع الحدوث لدى مرضى الرهاب الاجتماعي. (حنفي محمود إمام . نور احمد الرمادي، 2001، ص 220).

أما في العالم العربي نذكر دراسة "الخاني وعرف" في السعودية سنة (1990) والتي أوضحت أن نسبة من يعانون من الرهاب الاجتماعي و يراجعون إحدى العيادات الخاصة تبلغ (79%) من اضطرابات الخوف عموما، كما تشير إحدى التقارير لإحدى العيادات الجامعية بالرياض بأن الطلاب الجامعيين الذين يعانون من هذا الاضطراب يشكلون (25%) من مجموع المراجعين، كما تشير إحدى الإحصاءات العيادية في المجتمع السعودي إلى أن (13%) من المرضى الذين يترددون على العيادات النفسية

يعانون من الرهاب الاجتماعي مقارنة بالاضطرابات الأخرى. (محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص254).

كذلك توصلت دراسة "مدحت بسيوني" سنة (2002) والتي أجريت على (212) شخص من المترددين على إحدى عيادات الأمراض النفسية والعصبية بالمنطقة الجنوبية من المملكة العربية السعودية ، أن الغالبية العظمى منهم يعانون من الرهاب الاجتماعي تتراوح أعمارهم ما بين (14) عاما إلى (65) عاما. (كتاب بن عقيلان العتيبي، 2005، ص2).

كما كشفت دراسة متخصصة أن 3,9% من طلبة الجامعة الأردنية يعانون من أعراض الرهاب الاجتماعي.

([http://www.ananjordan.org/a.news/wmview.php? Article=6184](http://www.ananjordan.org/a.news/wmview.php?Article=6184). 29/11/2007)
ولقد أوضحت دراسة علمية متخصصة عن ارتفاع الرهاب الاجتماعي عند العرب حيث تصل نسبة المصابين به من مرضى العيادات النفسية حوالي (12%) من عموم المرضى، وأشارت الدراسة أن مرض الرهاب الاجتماعي يمنع المصابين به من الذهاب إلى المدرسة لعدد من الأيام، أو إلى العمل حيث أن أهم أعراضه هو القلق والتوتر واحمرار الوجه والتعرق الزائد والرجفة والغثيان وصعوبة الكلام، وترتبط أسبابها بعوامل وراثية وتربوية وسلوكية ونفسية.
(<http://www.okaz.com.sa/okaz/osf/20070505/com20070505108571.htm>

(13/12/2007)

أما في الجزائر ربما يكون الرهاب الاجتماعي أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا بين الشباب والبالغين في مستقبل العمر نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية الصعبة التي عرفت الجزائر لاسيما في السنوات الأخيرة إلا أنه وفي حدود علم الباحثة من خلال اطلاعتها لا توجد إحصائيات دقيقة حول هذا الأمر.

III - تعريف الرهاب الاجتماعي:

قبل أن نتطرق إلى تعريف الرهاب الاجتماعي، يجب الإشارة إلى تعريف الرهاب بصفة عامة.

III- 1- تعريف الرهاب:

أ - التعريف اللغوي :

رهب بكسر الهاء، يرهب رهبه ورهبا بالضم، و رهبا بالتحريك أي خاف ورهب الشيء معناه خافه، (عادل شكري محمد كريم، 2005، ص28).

ب- التعريف الاصطلاحي :

- الرهاب Phobia كلمة مشتقة من الكلمة الإغريقية Phobos وتعني الفرع والرعب والفرار.(خديجة عمر محمد الحارثي، 2003، ص3).
 - و يعرفه " أيزنك" و" يريبرج" و" بيرون" (1972):
بأنه خوف غير عادي وهو إما خوف من شيء أو من موقف لا يعتبر في العادة مخيف مثل المصاعد، الحيوانات المستأنسة وما إلى ذلك، أوخوف شديد بشكل غير عادي من شيء أو من موقف يثير عادة شيئاً من الخوف عند معظم الناس مثل الجراحة، طب الأسنان . (سامية القطان، 1982، ص1).
 - ويعرف الرهاب في قواميس الطب النفسي على أنه خوف متزايد من أشياء أو مواقف معينة ليست مخيفة .(علاء فرغلي، 2005، ص46).
- ومما سبق ذكره يمكننا تعريف الرهاب بأنه خوف شديد من شيء أو موقف غير مخيف بطبيعته، أي خوف ليس منطقياً و ليس له مبرر.

III- 2- تعريف الرهاب الاجتماعي:

إن مصطلح الرهاب الاجتماعي (social phobia) هو تعبير علمي و مصطلح في الطب النفسي، ويقابله عدد من التسميات مثل الخوف الاجتماعي، القلق الاجتماعي (حسان المالح، 1995، ص23).

و لتعدد التعاريف التي تناولت الرهاب الاجتماعي نتعرض فيما يلي للبعض منها:

أ - تعريف "حنفي محمود إمام و نور أحمد الرمادي":

الرهاب الاجتماعي هو الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام، و ينشأ عن ذلك خوف ثابت من المواقف التي يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقد من الآخرين .(حنفي محمود إمام .نور أحمد الرمادي، 2001، ص217).

ب - تعريف "أحمد عكاشة":

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. (أحمد عكاشة، دون سنة، ص161).

ج - تعريف "مايكل وآخرون":

يعرفه "مايكل وآخرون" (1983)، على أنه حالة من الإصرار العنيف، والسلوك المخاوفي غير المعقول، مع تجنب المواقف التي يتعرض فيها للنقد من الآخرين وبسبب هذا يتعرض الفرد للإحراج. (أمان أحمد محمود، 1994، ص27).

د _ تعريف "دافيد شهيان":

الرهاب الاجتماعي هو الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف اجتماعي عام وسرعان ما ينسحب المريض إلى أماكن آمنة، ويزيد من تجنب المناسبات الاجتماعية من قبل تناول الطعام أو الشراب أو الكتابة بين الناس، حيث يكون تحت الملاحظة أو مركز الاهتمام، وقد يفضل الوحدة بدلا من خروجه إلى الأماكن بصحبة الآخرين. (حسين فايد، 2001، ص68).

هـ - تعريف "جاك بوستال":

يعرف "جاك بوستال" الرهاب الاجتماعي بأنه خوف من الوضعيات، التي يكون فيها الفرد موضع ملاحظة وانتقاد من طرف الآخرين مثل الخوف من التحدث أمام العديد من الناس، أو التعرض لطرح الأسئلة. (jacques postel , 1998,p342)

و - تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS) :

تعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) الرهاب الاجتماعي عام (1992) بأنه اضطراب يبدأ غالبا في مرحلة المراهقة، ويتمركز حول الخوف من نظرة الآخرين ويؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، ويبدو الرهاب الاجتماعي في أعراض نفسية أو

سلوكية أو فسيولوجية، وتظهر في مواقف اجتماعية معينة. (محمد إبراهيم عيد، 2002، ص 289).

ز - تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSMVI):

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV, 1994) الرهاب الاجتماعي بأنه الخوف الدائم والشديد والمستمر من موقف واحد أو أكثر من مواقف الأداء الاجتماعي، التي قد يتعرض فيه الشخص إلى الفحص والتدقيق من قبل الآخرين مما يصيبه بالارتباك، وهو الخاصية الأساسية للرهاب الاجتماعي. (كتاب بن عقيلان العتيبي، 2005، ص 23).

ومن خلال التعريفات السابقة للرهاب الاجتماعي، نستنتج أن الرهاب الاجتماعي هو اضطراب نفسي يعاني منه الفرد، يظهر في تجنبه للمواقف الاجتماعية قدر الإمكان حيث أنه يشعر بالارتباك والانزعاج ونقص في حضور الآخرين كما أنه يخشى من التقييم السلبي من طرفهم.

IV - بداية و مآل الرهاب الاجتماعي:

يقول من يعانون من الرهاب الاجتماعي أنهم لا يعرفون على وجه التحديد متى بدأ عندهم الاضطراب، فبعضهم يعاني من هذا الاضطراب في عمر مبكر جداً من حياته حيث أنه لا يكاد يدرك العمر الذي بدأ فيه المرض، فهو لا يتذكر نفسه إلا وهو مع زملائه لا يستطيع التحدث مع أحد من الغرباء خارج نطاق عائلته ولا يستطيع التخاطب.

(<http://www.hawahome.com/vb/T2708.html> 23/11/2007)

وفي الحقيقة تشير الكثير من الدراسات إلى أن الرهاب الاجتماعي يبدأ عادة في نهاية مرحلة الطفولة و بداية مرحلة المراهقة، حيث نجد أن هؤلاء يصبحون يتفادون نظرات الآخرين، ولا يمارسون نشاطاتهم أمام الغير. (Luis Véra et Christine Mirabel, 2003, P74) وفي معظم الدراسات التي أجريت في أغلب دول العالم بما في ذلك المملكة العربية السعودية كان متوسط بداية الاضطراب ما بين الثالثة عشر والرابعة والعشرين ويندر أن يصاب الشخص بالرهاب الاجتماعي بعد سن الخامسة والعشرين، وهناك بعض

الدراسات الأولية التي تشير إلى أن الذين يعانون من نوع خاص من الرهاب الاجتماعي، والذي يعرف باضطراب الرهاب الاجتماعي العام، بأن هذا الاضطراب يبدأ مبكراً عن النوع الثاني أي الرهاب الاجتماعي الخاص .

(<http://www.hawahome.com/vb/T2708.html> 23/11/2007)

ويتخذ اضطراب الرهاب الاجتماعي مساراً مزمنًا، و مع ذلك فإن البيانات التي تتعلق بتاريخ المرض محدودة تماماً، والدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحت نتائجها أن اضطراب الرهاب الاجتماعي حاد ومزمن ، فمثلاً توصل "ماجي" وآخرون أنه بعد مضي (10) سنوات من العلاج السلوكي وجدت نسبة تصل إلى (41%) تعاني من وجود خواف ملحوظ و تجنب رئيسي، و بالنسبة للمجموعة ككل شفي (27%) فقط مما يعني أن أعراضهم المرضية قد خفت أو نقصت حدتها لمدة ستة شهور على الأقل.

والبيانات المأخوذة من دراسة تتبعية استمرت خمس سنوات لمرضى الرهاب الاجتماعي الذين تم علاجهم في عيادات القلق، أوضحت أن الغالبية العظمى منهم ظلوا يعانون من الرهاب الاجتماعي بدرجة دالة رغم العلاج، وأن (11%) فقط حققوا الشفاء الكامل، و(25%) حققوا الشفاء الجزئي خلال هذه الفترة، كما أن المتابعات التي أجريت لمرضى الرهاب الاجتماعي الذين تم علاجهم بالطرق الدوائية و السلوكية أوضحت أنه على الرغم من التحسن فإن الأعراض المرضية تتجه إلى الاستمرارية وفي بعض الحالات تتضمن علاجاً إضافياً.

وأوضح "هيمبرج وآخرون" سنة (1993)، أنه مع استخدام الأساليب الفنية أو التقنيات السيكلوجية الحديثة تكون النتيجة مع المرضى الذين تم علاجهم أفضل بكثير حيث وجدوا أنه بعد مرور خمس سنوات كان مرضى الرهاب الاجتماعي الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي الجماعي، يؤدون بطريقة أفضل من المرضى الذين تلقوا العلاج التعليمي المساند الجماعي، كما أن المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي لم تظهر عليهم الأعراض المرضية إلا في حالات نادرة، بينما المرضى الذين لقوا العلاج التعليمي المساند

أظهروا حاجة إلى مزيد من العلاج. (مجدي محمد الدسوقي، 2004، ص ص 13-15)

كما أكدت دراسة قامت بها مجموعة من الأطباء من جامعة- براون- ، وكذلك مستشفى -بوتلر- في- رودايلند- ، بأنه كلما بدء المرض مبكراً، كلما كان مآله أسوأ أي أن الشخص الذي يبدأ عنده المرض في الثامنة من العمر تكون نسبة شفائه أقل من الشخص الذي يبدأ عنده المرض وهو في سن الثامنة عشر أو العشرين، و كذلك تأثير البدء المبكر للمرض يتناسب طردياً مع شدة المرض وآثاره السلبية على جميع مناحي حياته فقد لا يستطيع إكمال دراسته، وقد لا يستطيع الزواج، وربما لن يستطيع العمل ويعيش حياة اجتماعية فقيرة بالأصدقاء والمعارف.

هذه الدراسة أيضاً ربطت عدم الاستجابة للعلاج السلوكي المعرفي، و كذلك العلاج الدوائي للأشخاص الذين يصابون بالرهاب الاجتماعي في سن مبكرة، و قال الباحثون بأن عدم الجرأة و الخجل الشديد يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بمرض الرهاب الاجتماعي وإن الخجل الشديد المرضي في سن الطفولة يعتبر واحداً من أهم العوامل التي ترسب المرض بشكل شديد، لذلك أوصت الدراسة بأن يتنبه الأهل إلى الخجل المرضي عند أطفالهم حتى ولو كانوا في سن صغيرة، وأن يشجعوهم على المبادرة و التخلص من الخجل بصورة واقعية.

(<http://www.alriyadh.com/2006/10/27/article197044.html>. 25/11/2007)

V - موقع الرهاب الاجتماعي بالنسبة للأمراض النفسية:

يقوم الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية الذي تعتمد عليه جمعية الطب النفسي الأمريكية، والتصنيف العالمي العاشر للأمراض الذي تعتمد عليه منظمة الصحة العالمية، على المنهج الوصفي، حيث يركز التصنيف هنا على أساس أن هناك عدداً من الأعراض تميل إلى الظهور متلازمة مع بعضها البعض في حالات معينة وأن الارتباط بين هذه الأعراض له دلالاته في فهم هذا المرض أو ذاك، من ناحية أسبابه، أو مساره، أو مآله، أو حتى استجابته لأسلوب علاجي معين. (عبد الله بن سلطان السبيعي، 2006، ص 26).

وفي هذا المجال يصنف الرهاب الاجتماعي حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية، ووفقا لتصنيف منظمة الصحة العالمية (OMS) ضمن اضطرابات القلق. (خديجة عمر محمد الحارثي، 2003، ص19)

و تتمثل اضطرابات القلق فيما يلي:

1 - اضطرابات القلق المعمم.

2 - نوبات الهلع.

3 - الخوف من الأماكن العامة.

4 - الرهاب الخاص.

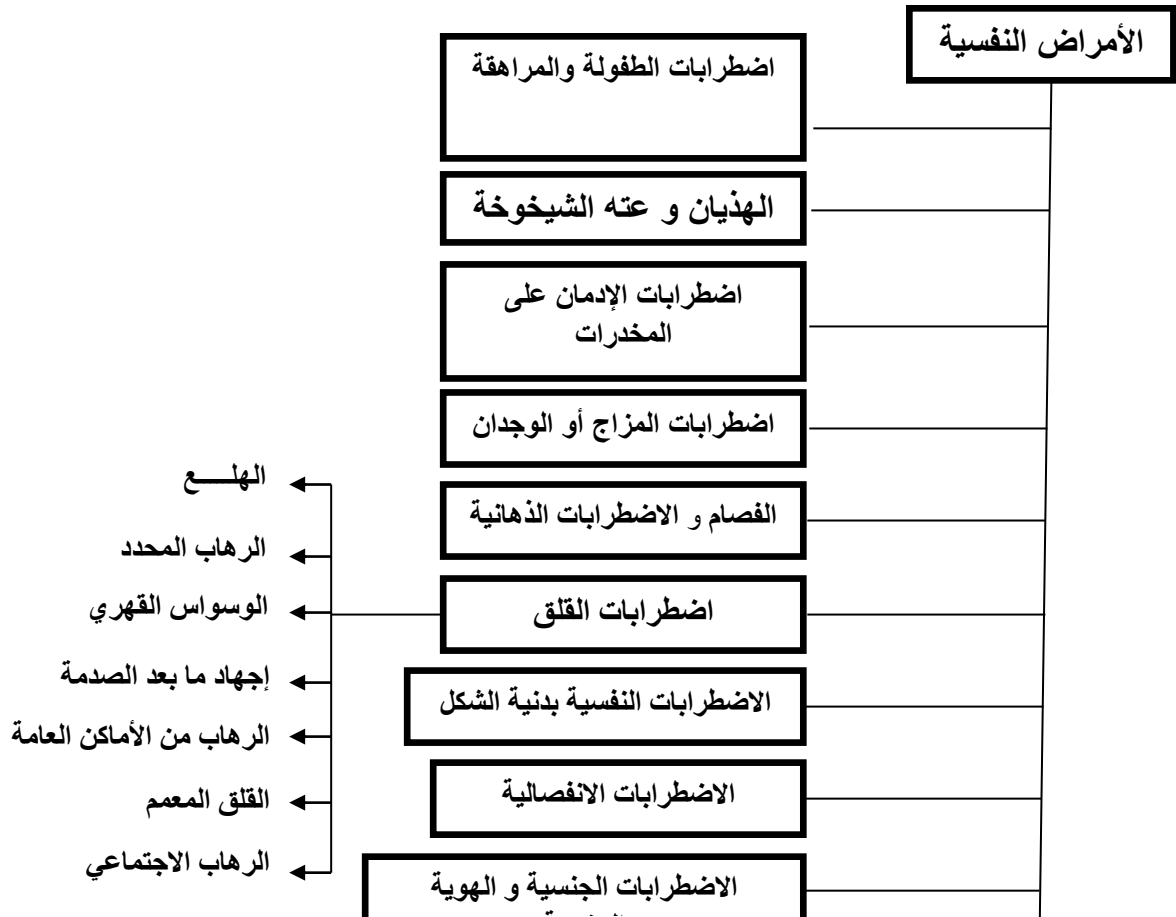
5 - الرهاب الاجتماعي.

6 - ضغوط ما بعد الصدمة.

7 - اضطراب الوسواس القهري. (Karine Martin, 2005, P15)

و الشكل التالي يوضح موقع الرهاب الاجتماعي بالنسبة للأمراض النفسية :

شكل رقم 02 : يوضح موقع الرهاب بالنسبة للأمراض النفسية (عبد الله بن سلطان السبيعي ، 2006 ، ص 30).



VI - محكات تشخيص الرهاب الاجتماعي:

تتمثل المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي فيما يلي :

أ - محكات تشخيصية وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV) عام(1994) تتمثل فيما يلي :

1 - الخوف الواضح من موقف أو أكثر من المواقف التي تتطلب الأداء في جماعة حيث تبدو أفعال الخوف أو أعراض القلق، فيظهر الارتباك، مع ملاحظة أن لدى الأطفال تبدو هذه المظاهر وفقا لتطور علاقات الطفل بالآخرين و خاصة مع الأشخاص المألوفين، ويجب أن يظهر القلق في المواقف التي يتجمع فيها الأفراد وليست في الاحتكاك بالراشدين.

2- التعرض لأي موقف اجتماعي يبرز القلق و الذي قد يأخذ أحد أشكال نوبات الذعر، مع ملاحظة أن الأطفال يعبرون عن قلقهم بالصراخ والرجفة والتجمد أو التسمر، فلا تقتصر على المكان أو النفور من المواقف الاجتماعية التي يظهر فيها الغرباء.

3 - يدرك الفرد أن خوفه زائد عن الحد أو غير معقول.

4- تجنب المواقف الاجتماعية.

5- تتعارض هذه المخاوف والقلق الناتج عنها مع حياة الفرد اليومية، وأعماله ودراسته وعلاقته الاجتماعية، وتوقعه الإصابة بالخوف من الوجود في جماعة.

6- إذا كان الفرد تحت سن الثامنة عشر فإن طور الخوف ينبغي أن يكون ستة أشهر على الأقل.

7- ينبغي أن يكون الخوف غير ناتج عن عوامل نفسية مباشرة، أو تعاطي عقاقير أو أدوية أو نتيجة حالة طبية عامة، ولا يعد من الأعراض المرتبطة باضطرابات نفسية أخرى مثل نوبات الذعر مع أو بدون الخوف المرضي من الأماكن الواسعة (AGORAPHOBIE).

8- في حالة وجود حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي آخر فإن الخوف في المعيار (المحك) (1) لا يكون مرتبطا بها: مثل التأتأة أو الارتعاش الباركنسوني، أو بروز

اضطرابات الأكل سواء القهم أو النهم العصابي. (عبد الستار إبراهيم و عبد الله عسكر، 2005، ص ص 51 - 52)

ب - محكات تشخيصية وفق التصنيف الدولي العاشر (I C b - 10) للاضطرابات السلوكية و العقلية الصادر عن منظمة الصحة العالمية : تتمثل المحكات في:

1- لابد أن يوجد جانب من الجوانب التالية:

أ- خوف ملحوظ من أن يكون الفرد محور انتباه أو اهتمام الآخرين أو الخوف من التصرف بطريقة تكون محرجة أو مخزية.

ب- تجنب ملحوظ من أن يكون الفرد بؤرة اهتمام لمواقف يوجد فيها خوف من التصرف بطريقة تكون محرجة أو مخزية.

وتظهر هذه المخاوف في مواقف اجتماعية مثل تناول الطعام في مكان عام أو التحدث أمام الآخرين أو مقابلة أفراد معروفين في مكان عام أو على الملأ أو الدخول في مواقف تفاعلية مع مجموعة صغيرة من الأفراد كما في الحفلات أو الاجتماعات أو الفصول الدراسية ... إلخ.

2- أن يتم إظهار عرضين مرضيين على الأقل في المواقف التي يتخوف منها الفرد كما تم ذكرها في العنصر (ب) بالإضافة إلى عرض مرض واحد على الأقل من الأعراض التالية:

أ- احمرار الوجه أو الارتعاش.

ب - الخوف من التقيؤ.

ج - سرعة حدوث التبول أو التغوط أو الخوف من حدوثهما.

د - حدوث كرب أو ضيق انفعالي واضح وزائد عن الحد.

و- التأمل والتفكير في المواقف التي يتخوف منها الفرد أو التي تحدثت الخوف بهدف الحد منها أو السيطرة عليها.

هـ - أن تكون الأعراض المرضية المدرجة في المحكين (1)، (2) ليست نتيجة للأوهام أو الهلوس، أو أي اضطرابات أخرى مثل الاضطرابات العقلية، أو الاضطرابات المتعلقة

به، أو الاضطرابات المزاجية، أو اضطرابات الوسواس القهري (مجدي محمد الدسوقي، 2004، ص ص 24، 25).

VII - أعراض الرهاب الاجتماعي:

تنقسم أعراض الرهاب الاجتماعي إلى أعراض فسيولوجية (جسمية)، وأعراض نفسية.

أ- أعراض فسيولوجية:

لعل أبرز الأعراض الفسيولوجية للرهاب الاجتماعي ما يلي :

- 1 - احمرار الوجه.
- 2 - رعشة في اليدين.
- 3 - الغثيان.
- 4 - التعرق الشديد.
- 5 - تلثم الكلام، و جفاف الريق.
- 6 - مغص البطن.
- 7 - تسارع نبضات القلب و اضطراب التنفس.
- 8 - ارتجاف الأطراف و شد العضلات.
- 9 - الحاجة المفاجأة للذهاب للحمام. (صبي سليمان، 2007، ص 71).

ب- أعراض نفسية:

من أبرز الأعراض النفسية مايلي:

- 1 - الحساسية المفرطة.
- 2 - الخوف من التقويم السلبي و خشية الآخرين.
- 3 - تجنب المواقف المفضية للقلق، (محمد إبراهيم عيد، 2006، ص 231).
- 4 - الكرب أو الضيق الانفعالي.
- 5 - مصاعب واضحة في الاتصال أو التخاطب.
- 6 - تجنب أي موقف اجتماعي، أو أي ظروف تتطلب التفاعل الاجتماعي.
- 7 - الارتباك الزائد عن الحد أثناء المقابلات الاجتماعية. (مجدي محمد الدسوقي، 2004، ص ص 3-5).

ومن أشهر المواقف التي تظهر فيها هذه الأعراض، سواء الأعراض الفسيولوجية أو الأعراض النفسية ما يلي:

- 1 - التقدم للإمامة في الصلاة.
- 2 - إلقاء كلمة أمام جمهور من الناس.
- 3 - التحدث أمام مجموعة من الناس لم يعتد الشخص عليهم.
- 4 - المقابلة الشخصية.
- 5 - الامتحانات الشفوية.
- 6 - المناسبات الاجتماعية (الأفراح، الحفلات).

VIII - مكونات الرهاب الاجتماعي:

للرهاب الاجتماعي عدة مكونات هي:

أ - المكون الانفعالي:

ويتمثل في مشاعر الخوف والتوتر والهلع في المواقف الاجتماعية بمعنى أن الفرد الذي يعاني من الرهاب الاجتماعي لديه خبرة تتضمن تنشيطا انفعاليا.

ب - المكون الفسيولوجي:

ويتجسد في التغيرات الفسيولوجية الناجمة عن استثارة الجهاز العصبي المستقل وتنشيطه، ومنها زيادة معدل ضربات القلب، ورعشة الصوت والأطراف واصفرار الوجه، وزيادة إفراز العرق (حياة خليل البناء .أحمد محمد عبد الخالق .صلاح أحمد مراد، 2006، ص294).

ولعل الفرق بين الشخص السوي والذي يعاني من الرهاب الاجتماعي يكمن في حدة هذه الأعراض وقابلية الجهاز العصبي للاستثارة، و من ناحية أخرى، فإن من يعاني من الرهاب الاجتماعي قد يكون أكثر استعداداً لالتقاط هذه الأعراض وتحسسها والتفاعل معها بمزيد من الخوف والقلق الذي ينتج عنه المزيد من الاستثارة للجهاز العصبي، والمزيد من الأعراض. (عبد الله بن سلطان السبيعي، 2006، ص33).

ج - المكون المعرفي:

يتضمن هذا المكون مجموعة من ردود الأفعال المعرفية كالوعي المفرط بالذات و انخفاض تقدير الذات، والانزعاج عندما يقيم الفرد بطريقة سلبية من الآخرين والأفكار التي تدور حول تحقيق الذات. (حياة خليل البناء .أحمد محمد عبد الخالق. صلاح أحمد مراد، 2006، ص294).

د - المكون السلوكي:

نقصد بالمكون السلوكي عموم السلوك الحركي المتعلق بالقلق أو السلوك التجنبي على وجه التحديد، فعلى سبيل المثال: التهرب من الاجتماعات، ولا تقتصر معاناة عرض الرهاب الاجتماعي على نتائج سلوكه التجنبي وحسب بل على القلق و الضيق عدم الانسجام في التفاعلات الاجتماعية المختلفة، و نقصان المهارات الاجتماعية. (عبد الله بن سلطان السبيعي، 2006، ص34).

IX - أنواع الرهاب:

هناك نوعان من الرهاب الاجتماعي يتمثلان فيما يلي:

أ - الرهاب الاجتماعي المعمم

وهو الرهاب المتعلق بمعظم المواقف الاجتماعية، حيث يمتد إلى جميع التفاعلات الاجتماعية، ابتداء من الحديث أمام الآخرين والمشاركة في الاجتماعات. والحديث مع المسؤولين، أو الأشخاص الذين هم في مركز السلطة وانتهاء بحضور الحفلات والمناسبات سواء الخاصة أو العامة.

وهو على العموم خوف من كل المواقف التي تتطلب الأداء الاجتماعي، أو مواقف التفاعل الاجتماعي، بحيث إن الشخص الذي يعاني من هذا الرهاب، تصبح كل المواقف والاتصالات الاجتماعية بالنسبة إليه مصدر معاناة.

وللرهاب الاجتماعي المعمم آثار كبيرة على حياة الأفراد المصابين به منها:

- 1 - إعاقة حياتهم الاجتماعية و الوظيفية.
- 2 - التعرض للإصابة باضطرابات أخرى مثل الاكتئاب.
- 3 - تعاطي المخدرات و الكحول.

ب - الرهاب الاجتماعي الخاص:

ويقتصر هذا النوع على الخوف من موقف واحد، و من بين هذه المواقف نذكر:

الخوف من التحدث أمام مجموعة من الناس، أو الخوف من تناول الطعام و الشراب أمام الآخرين أو استخدام دورات المياه العامة في وجود الآخرين.

ولكن أكثر المواقف التي تثير الخوف لدى الشخص المصاب بالرهاب الاجتماعي الخاص هو أخذ الكلمة و التحدث أمام مجموعة من الناس.

وعلى العموم يعتبر هذا النوع من الرهاب الاجتماعي أقل تأثيراً من الرهاب الاجتماعي المعمم. (André Christophe, Patrick Légeron, 1995, pp 1-13)

ولقد أثبتت دراسة "هوفمان و آخريين" « Hofmann et al » (1999)، وجود نمطين من الفوبيا الاجتماعية، وذلك على عينة من المراهقين، وتتشابه هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من "تيرنير و آخريين" « Turner et al » (1992)، و دراسة "هيمبيرج و آخريين" « Heimberg et al » (1993).

وفي دراسة على عينة مجتمعية كبيرة استطاع "كيسلر" « Kessler » (1998) التمييز بين نمطين من الرهاب الاجتماعي هما: نمط مخاوف التحدث في مقابل المخاوف الاجتماعية الأخرى.

وفي دراسة "هيمبيرج و آخريين" « Heimberg et al » (1990) تمت المقارنة بين مجموعة من مرضى الفوبيا الاجتماعية المعممة (ن = 35) ومجموعة من مرضى الفوبيا الاجتماعية الذين تتعلق مخاوفهم فقط بالتحدث أمام الجمهور (ن = 22)، أثبتت وجود فروق دالة بين النمطين الفرعيين، حيث كان مرضى الفوبيا الاجتماعية المعممة الأصغر سناً والأقل تعليماً، و الأقل احتمالاً لشغل وظيفة ما، كما كانوا الأكثر قلقاً واكتئاباً ولديهم مستوى أعلى من المخاوف المتعلقة بالتقييم الاجتماعي السلبي، في حين أظهر أفراد مجموعة الخوف من التحدث أمام الجمهور معدلاً أعلى لضربات القلب في مواقف الخوف. (طاهر سعد حسن عمار، 2006، ص ص 32-34).

X - التشخيص الفارقى للرهاب الاجتماعي:

إن التشخيص الفارق للرهاب الاجتماعي عملية معقدة، حيث إن العديد من أعراضه تتداخل مع العديد من الاضطرابات الأخرى، وأولها اضطرابات القلق الذي يصنف الرهاب الاجتماعي من بينها كما وضعنا سابقاً، إضافة إلى اضطرابات أخرى كالاكتئاب والشخصية التجنبية... الخ.

لذلك يعد التشخيص الفارق أمراً جوهرياً، لأن العلاج يختلف من اضطراب إلى آخر. وفيما يلي عرض لبعض الاضطرابات التي تتداخل مع الرهاب الاجتماعي في تشخيصها:

X - 1- نوبات الهلع:

ويتميز هذا الاضطراب بحدوث نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد وعادة يستمر أقل من ساعة، ويمكن عمل تشخيص نوبات الهلع عندما يحدث بصفة متكررة (على الأقل 4 مرات في الشهر). (حنفي محمود إمام. نور أحمد الرمادي، 2001، ص 202-203).

وهناك نقاط مشتركة بين الرهاب الاجتماعي و نوبات الهلع من بينها تجنب المواقف الاجتماعية، خاصة إذا كان أصل نوبات الهلع هو بعض المواقف الاجتماعية (André christophe, Légeron Patrick, 2000, PP 113- 115).

والجدول التالي يوضح الفرق بين الرهاب الاجتماعي و نوبات الهلع و الذي يجعلنا لا نقع في الخطأ أثناء التشخيص:

جدول رقم 01: يوضح الفرق بين الرهاب الاجتماعي و نوبات الهلع.

(André christophe, Légeron Patrick, 2000, P116)

نوبات الهلع	الرهاب الاجتماعي
- قلق قوي نوعاً ما قبل الموقف الاجتماعي.	- قلق قوي أثناء و بعد الموقف الاجتماعي.
- انخفاض سريع للقلق بمجرد بداية الكلام.	- القلق لا ينخفض بمجرد بداية الكلام بل أحياناً يزيد.
- بالرغم من شدة القلق و الانزعاج إلا أن	- القلق قد يتحول إلى نوبة من الهلع مما

الشخص يواصل الكلام.	يتطلب إنهاء الموقف.
- الإحساس بالراحة بعد انتهاء الموقف الاجتماعي.	- الإحساس بالخجل بعد انتهاء الموقف الاجتماعي.
- استرجاع سريع للموقف.	- إنهاك و اجترار للموقف

X -2- الخوف من الأماكن الواسعة:

الخوف من الأماكن الواسعة هو بصورة أدق "خوف من الأماكن العامة" وتتحدد أهم ملامح هذا الاضطراب لدى المصابين في خوفهم من قطع الطريق، ومن الأماكن المزدحمة. (Paul Denis, 2006, P15) ، أما عن العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والخوف من الأماكن الواسعة فهي علاقة معقدة، والتمييز بينهما قد يكون صعبا وبخاصة عندما يكون هناك تجنب للمواقف الاجتماعية فقط، فعلى سبيل المثال فإن المصابين بالخوف من الأماكن الواسعة، والمصابين بالرهاب الاجتماعي قد يتجنبون معا المواقف المزدحمة كمراكز التسوق الكبيرة، والحفلات المزدحمة. (أحمد محمد عبد الخالق و حياة خليل البناء، 2006، ص676).

و لكن التمييز بين هاتين المجموعتين التشخيصيتين قد يتم تحقيقه بعدة أساليب حيث تم تحديد العلامات والخصائص الفارقة ، والجدول التالي يوضح هذه الفروقات بين الاضطرابين .

جدول رقم 02 : يوضح الفروق بين الرهاب الاجتماعي والخوف من الأماكن الواسعة

(محمد محروس الشناوي .محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص ص 278 – 279)

الخوف من الأماكن الواسعة	الرهاب الاجتماعي
- عينات الخوف من الأماكن الواسعة هي ذات غالبية نسائية	- الأغلبية الإكلينيكية لذوي الرهاب الاجتماعي تتكون أساس من الرجال.
- تحدث حالات الخوف من الأماكن الواسعة عادة في أوائل العشرينات من العمر.	- يبدأ الرهاب الاجتماعي في سن (15 سنة) أي المراهقة المتوسطة تقريبا.

<p>- الأعراض الأكثر توقعاً في الظهور تتمثل في احمرار الوجه واختلاج العضلات.</p> <p>- يخشى أصحاب الرهاب الاجتماعي الخزي والارتباك في وجود الجمهور ومن التقييم السلبي</p> <p>- الخائف اجتماعياً يهدأ بشكل عام بالهروب من الناس أي بالهروب إلى العزلة.</p>	<p>- الأعراض الأكثر توقعاً في الظهور تتمثل في احمرار الوجه واختلاج العضلات.</p> <p>- يخشى أصحاب الرهاب الاجتماعي الخزي والارتباك في وجود الجمهور ومن التقييم السلبي</p> <p>- الخائف اجتماعياً يهدأ بشكل عام بالهروب من الناس أي بالهروب إلى العزلة.</p>
---	---

X-3 اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة:

هذا الاضطراب هو أحد اضطرابات القلق، ويظهر كرد فعل متأخر أو ممتد زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية. (محمد حسن غانم، 2006، ص86).

ويحدث ذلك مثلاً عندما يشاهد الشخص، أو يكون طرفاً في حدث يهدد حياته بالموت أو الخطر مثل الحرائق وحوادث الطرق، حيث يحدث خوف شديد وشعور بالعجز، يجعل الحادثة لا تغيب عن الذهن وتكرر في الأحلام، مسببة نفس الشعور بالخوف الشديد والعجز، ويصاب الشخص بأعراض القلق العام و يقوم بتجنب كل المواقف المشابهة التي يمكن أن تذكره بالحادثة.

ومن المضاعفات المتوقعة لهذا الاضطراب، و التي من الأشياء التي تجعله يتداخل مع اضطراب الرهاب الاجتماعي هي تقلص العلاقات الاجتماعية وسلسلة من المشكلات على صعيد العمل والعلاقات الأسرية، والانسحاب من الأنشطة الاجتماعية، (عبد الله بن سلطان السبيعي، 2006، ص79).

X-4 - اضطراب الشخصية التجنبية:

يتصف اضطراب الشخصية التجنبية بالانسحاب الاجتماعي، إلا أن حالات انسحاب الشخصية التجنبية لا تكون من عدم القدرة على اختبار دفء التفاعل الشخصي و لكن خوفاً من الرفض، وترغب الشخصيات التجنبية في أن تكون محبوبة ومقبولة ولكنها لا تتوقع ذلك، ولذلك فإنهم يميلون إلى تجنب العلاقات، و يكون لدى الشخصيات التجنبية تقدير ذاتي منخفض، و يشعرون بالاكتئاب والغضب من أنفسهم لفشلهم الاجتماعي. (حنفي محمود إمام . نور أحمد الرمادي، 2001، ص227).

وفيما يخص العلاقة بين الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية، فيشير التراث النظري في مجال علم النفس المرضي إلى أن الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية ليسا وحدتي مرض مستقلتين أو اضطرابين منفصلين كـيفيا و لكن يوجد متصل من درجات منخفضة إلى متطرفة من القلق الناجم عن التقويم الاجتماعي.

وننوه في هذا الصدد إلى أن التشخيص الفارقي بين الرهاب الاجتماعي والشخصية التجنبية يصعب البت فيه، حيث توجد ثلاثة من ثمانية معايير في دليل التشخيص الإحصائي الثالث المراجع لاضطراب الشخصية التجنبية تتطابق مع المعايير الخاصة بالرهاب الاجتماعي، فالشخصية التجنبية تبدو أنها قلقة على، نحو متساو مع الرهاب الاجتماعي، ولكن لديها مهارات اجتماعية أقل من ذوي الرهاب الاجتماعي و الذي يكون قلقه قاصرا على مواقف معينة إلى حد كبير و متميز في ظهوره، والرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية منتشران بقدر متساو بين الذكور والإناث. (حسين فايد، 2006، ص ص 50 – 51)

و فيما يلي بعض الفروق بين اضطراب الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعي :

جدول رقم 03 : يوضح الفرق بين اضطراب الشخصية التجنبية و الرهاب الاجتماعي

(Anché Christophe, L'égeron Patrick, 2000, P140)

اضطراب الشخصية التجنبية	الرهاب الاجتماعي
- تجنب منطقي للعلاقات الاجتماعية.	- تجنب للعلاقات الاجتماعية مع تأنيب الضمير.
- إسناد المسؤولية للآخرين مثلا : يقول بأنه خطأ الآخرين.	- إسناد المسؤولية للذات مثلا : يقول لنفسه

- بأنه هو المسؤول عن هذا الخطأ.	- يطلب المساعدة للتخلص من قلقه الاجتماعي.
- لا يطلب المساعدة للتخلص من قلقه الاجتماعي.	- شعور غامض بالقلق الاجتماعي.
- شعور واضح بالمعاناة من القلق الاجتماعي.	- القلق الاجتماعي المطاوع للأنا.
- القلق الاجتماعي معارض للأنا	

X. -5- الاكتئاب:

عرف الاكتئاب على أنه انفعال انقباضي، أو حالة ذاتية من الانقباض، تتكرر بسبب عوامل داخلية أو خارجية أو بسبب اجتماع الطرفين، و تنطوي على شدة لا يقتضيها الموقف. (صبره محمد علي و أشرف محمد عبد الغني شربت، 2004، ص329).

ومن الممكن أن يتشابه الاكتئاب مع اضطراب الرهاب الاجتماعي فمرضى الاكتئاب عادة ما يفقدون الثقة بأنفسهم و هو ما يؤدي إلى سلوك التجنب، وقد يكون هناك تشابه في الميكانيزم الذي يعمل به الاكتئاب و الرهاب الاجتماعي.

ويتمثل هذا الأخير في وجود صورة سلبية عن الذات وسعي الفرد إلى إثبات هذه الصورة السلبية، وإذا كان التشابه بين الاكتئاب و الرهاب الاجتماعي يتضمن سلوك الانسحاب والصورة السلبية ، فإنه يمكن التفريق بينهما كالآتي :

سلوك الانسحاب في الرهاب الاجتماعي لا يعبر عن حالة عامة بل يتضمن فقط مواقف الرهاب الاجتماعي، والصورة السلبية عن الذات يستدعيها المريض فقط في حالة دخول الموقف الاجتماعي المثير للقلق، بينما في الاكتئاب يكون الانسحاب يعبر عن حالة عامة ، والصورة السلبية عن الذات موجودة لدى المكتئب في كل المواقف الاجتماعية . (طاهر سعد حسن عمار، 2006، ص ص 27-29) .

X-6- الوسواس القهري :

يعتبر اضطراب الوسواس القهري من اضطرابات القلق، يتسم بوجود أفكار أو دوافع أو صور وسواسيه متكررة، وأفعال أو سلوكيات قهرية متكررة و مقصودة ويتم أداء هذه الأفعال كاستجابة للفكر الوسواسي.(حنفي محمود إمام . نور أحمد الرمادي، 2001، ص 251).

قد يتداخل اضطراب الوسواس القهري مع الرهاب الاجتماعي، فربما يمكن اعتبار وجه الشبه الأساسي بينها يتمثل في أن عمليات ما بعد الحدث تتسم بصفة التكرار (تكرار الحدث)، وعدم المرغوبة والقهرية، وهو ما يظهر بدرجة كبيرة في حالة الوسواس القهري، و نجد أن المحتوى الذي تتكون منه عمليات ما بعد الحدث غالبا ما تكون مصدرا للنفور والخوف والفرع للشخص المريض ومصدر للارتباك أو الخجل وبعض الخزي، وهذه الأعراض الأخيرة قد تتشابه مع أعراض الرهاب الاجتماعي. (طاهر سعد حسن عمار، 2006، ص 30).

X-7- اضطراب الشخصية الفصامية:

السمة الرئيسة في هذا الاضطراب، هي اللامبالاة تجاه العلاقات الاجتماعية، كما أن ضيق مجال التجارب العاطفية والتعبير عنها، يسود حياة المصابين به، ويبدأ هذا الاضطراب في أوائل مرحلة البلوغ، ويتظاهر في سياق العديد من التصرفات ويسمى هذا الاضطراب أيضا بالشخصية الانطوائية، ويستدل على اضطراب الشخصية الفصامية بتوفر العديد من الأعراض منها:

1- لا يرغب المصاب بالعلاقات الحميمة ولا يستمتع بها بالرغم من كونه فردا في عائلة.

2- يختار المصاب بهذا الاضطراب غالبا أنشطة فردية.

3- غير مبالي بإطراء الآخرين أو انتقادهم. (عبد الرحمن إبراهيم، 2007، ص 111).

ومن خلال ما سبق نلاحظ أنه من الممكن أن توجد خصائص مشتركة بين الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية الفصامية من أهمها الانسحاب الاجتماعي، حيث أن الشخصية الفصامية تهرب من الاتصالات الاجتماعية، وهنا يتوقف التشخيص الفارقي على طبيعة هذا الانسحاب الاجتماعي، حيث أن عند الشخصية الفصامية هناك نقص

ولا مبالاة للاتصال مع الناس، والعكس بالنسبة للذين يعانون من الرهاب الاجتماعي.

(Karine Martin, 2005, P32)

X-8- اضطرابات النطق:

لابد من الإشارة هنا إلى حالات مرضية أخرى قد تشبه حالة الرهاب الاجتماعي وهي اضطرابات النطق والكلام، وهي اضطرابات عصبية عضلية تتعلق بتطور القدرة على النطق والكلام، وتتميز هذه الحالات باضطراب في النطق يتصف بإعادة مقطع من الكلمة أو تكرار أحد الحروف أو أكثر، ويزداد هذا الاضطراب في حال انتباه الآخرين لكلام الشخص، لذا فهو يحاول الابتعاد عن الحديث أمام الناس أو يفضل عدم الإجابة والصمت، والمواقف الاجتماعية تسبب قلقا وتوترا فيزيد في اضطراب الكلام ويمكن أن يصاب المصاب باضطرابات النطق والكلام بالخوف الشديد في المناسبات الاجتماعية وأن يهرب منها، وهنا يكمن وجه الشبه بينه وبين الرهاب الاجتماعي لذلك يجب أخذ الحذر عند تشخيصه. (حسان المالح، 1995، ص ص100-101).

X-9- الخجل:

يعني الخجل مجموعة متألّفة من الاتجاهات والمشاعر التي تتدخل في قدرة الفرد وتجعله يتأثر انفعاليا بالآخرين في المواقف الاجتماعية. (حسين فايد، 2006، ص49). أما فيما يخص العلاقة بين الرهاب الاجتماعي، والخجل فهي علاقة معقدة والتشخيص الفارق بينهما يكون صعبا، حيث أن هناك تداخل في بعض الأعراض بينهما، فعلى سبيل المثال نذكر من بين الأعراض المشتركة بين الرهاب الاجتماعي والخجل: الانطواء والانزواء والخوف من نقد الغير له. ولكن بالرغم من هذا التشابه إلا أن هناك علامات أو خصائص فارقة ذلك. (صبحي سليمان، 2007، ص ص 57-58).

والجدول التالي يوضح العلامات الفارقة بينهما :

جدول رقم 04: يوضح الفرق بين الرهاب الاجتماعي والخجل

(André Christophe, Légeron Patrick, 2000, P129).

الخجل	الرهاب الاجتماعي
-------	------------------

- الرغبة في أن ينسى أثناء المواقف الاجتماعية.	- الرغبة في أن يحترم في المواقف الاجتماعية.
- الخوف من السخرية و الاعتداء عليه.	- الخوف من النبذ.
- عدم الارتياح سواء في بداية الموقف الاجتماعي أو نهايته.	- في بداية الموقف الاجتماعي يكون عدم الارتياح ثم بعد ذلك يصبح الشخص إيجابى.
- الهلع من المواقف الاجتماعية.	- الانزعاج في المواقف الاجتماعية.
- الإحساس بالخل بعد التقديم الاجتماعي.	- إحساس بخيبة الأمل بعد التقديم الاجتماعي.
- الخوف قوي من الإذلال عند الرغبة في الاتصال.	- رغبة قوية في الاتصال مع خوف من الفشل.
- الإنزعاج، وشعور بعدم الارتياح و مراقبة ذاتية للسلوك، في المواقف الاجتماعية.	- انزعاج و كبح للسلوك مع مراقبة الآخرين في المواقف الاجتماعية.

يبدو مما سبق أنه بالرغم من وجود خصائص مشتركة بين الرهاب الاجتماعي وبعض الاضطرابات الأخرى كنوبات الهلع، والخوف من الأماكن الواسعة واضطراب الشخصية التجنبية والفصامية، والاكتئاب والخل... الخ، إلا أن الرهاب الاجتماعي له مظاهر نوعية تميزه عن تلك الاضطرابات، لذلك يجب على من يقوم بالتشخيص أن يكون ملماً بمحكات تشخيص كل اضطراب.

XI - مضاعفات الرهاب الاجتماعي :

لاشك أنه خلال هذه السنين من المعاناة والألم النفسي، فإن المريض بالرهاب الاجتماعي يتعرض لسلسلة من المشكلات و الخسائر الاجتماعية و المادية والمهنية والصحية، مما يصح معه تسمية هذا الاضطراب بـ "الإعاقة النفسية"، هذه الإعاقة التي يسببها الرهاب الاجتماعي يساهم فيها المريض بنفسه، نتيجة لمحاولاته إخفاء علته عن المختصين في المؤسسات العلاجية.

(<http://www.ikhwan.net/vb/showthead.php?T=36752>, 29/11/2007)

وفيما يلي عرض لبعض المضاعفات والآثار التي يؤدي إليها الرهاب الاجتماعي:

XI - 1- الرهاب الاجتماعي و الحياة العملية (المهنية):

تشير عدد من الدراسات على ارتباط الرهاب الاجتماعي بعدم الإستقرار في العمل، وارتفاع مستويات التغيب والتأخر عن العمل، بالإضافة إلى الحجج الأخرى للهروب من

ممارسات العمل، إضافة إلى أن هؤلاء الذين لديهم القدرة على العمل عادة ما يقيدهم الرهاب الاجتماعي فيتجنبون المناصب التي تستلزم تعاملًا أكثر مع المواقف

الاجتماعية، فمريض الرهاب الاجتماعي بارع في تجنب المناسبات التي تتطلب تقديم ذاته حتى ولو كان ذلك على حساب نجاحه وتقدمه. (صباحي سليمان، 2007، ص72).

XI-2- الرهاب الاجتماعي و الحياة المدرسية:

ثمة نوع آخر من العجز الناشئ عن الرهاب الاجتماعي، يتمثل في أن الأفراد المصابين بالرهاب الاجتماعي يكونون دون مستوى التحصيل الأكاديمي نتيجة خوفهم من الفصل الدراسي أو من مواقف المناقشة مع الأساتذة، لذلك قد يتسرب هؤلاء من الدراسة. (عبد الستار إبراهيم، 2005، ص51).

XI-3- الرهاب الاجتماعي وبعض الاضطرابات:

أ - اضطراب القلق:

بينت إحدى الدراسات أن (5,8 %) من الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لديهم اضطرابات القلق وخاصة نوبات الهلع والفوبيا الخاصة و رهاب الأماكن الواسعة.

(SERVATD, Parquetph J, 1997, P48)

وفي بعض الحالات يحدث الخوف في أماكن السوق بعد فترة من الرهاب الاجتماعي وتقدر نسبة هذه الحالات بـ (7%) من حالات الرهاب الاجتماعي. (حسان المالح، 1995، ص115).

ب - الاكتئاب:

أظهرت دراسة فرنسية لـ «Lepine» et «Lelloach» أن الأشخاص الذين لديهم رهاب اجتماعي يعانون من الاكتئاب.

وفي (1990) وجد «Stein» في دراسة أجراها على (63) فردا يعانون من الرهاب الاجتماعي أن (35 %) من هذه العينة لديهم الاكتئاب.

حيث أن الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لديهم معاناة من الوحدة، وانخفاض في تقدير الذات، وحزن نتيجة العجز في القدرات، والعجز في إقامة العلاقات كذلك

الخوف من الوضعيات الاجتماعية . كل هذه الأمور تؤدي بالشخص الذي لديه رهاب اجتماعي إلى الاكتئاب. (Servat D, Parquetph J, 1997, 49).

ج - إدمان المخدرات و الكحول:

ج-1- إدمان المخدرات:

تعد المخدرات من مضاعفات الرهاب الاجتماعي، حيث أن هذا الشخص يجد في المخدرات وسيلة لمواجهة المواقف الاجتماعية، و بالتالي من كثرة استخدامها قد يصل إلى الإدمان لأنه بلا مخدرات سوف يعاني من الرهاب الاجتماعي (طاهر سعد حسن عمار، 2006، ص40)، ومن بين المخدرات التي يستعملونها الحبوب المهدئة كي يستطيعوا مواجهة المواقف الاجتماعية العادية التي تسبب لهم الخوف والارتباك. وبعد فترة من الاستعمال تصبح عندهم حالة تعود وإدمان على هذه الحبوب، وتتطور حالتهم نحو الأسوأ فهم يواجهون مشكلات الإدمان وأخطارها العديدة الجسمية والنفسية و بعضهم الآخر قد لا تصل مشكلتهم إلى حد الإدمان ولكنهم يستعملون هذه المواد في فترات معينة. (حسان المالح، 1995، 115)

كما توصل "ريجر و زملاؤه" « regier » عام 1998 إلى أن المخاوف الاجتماعية والمخاوف البسيطة تظهر في فترة مبكرة خلال المراهقة، مصحوبة بمترببات محتملة حادة تؤدي إلى استهداف شديد لاضطرابات إدمان المخدرات (صفوت فرج، 2007، ص297).

ج - 2- إدمان الكحول:

أوردت عدة دراسات معدلا عاليا من العلاقة المرضية بين تعاطي الكحول و الرهاب الاجتماعي في عدد من العينات العيادية، و بشكل عام يكون حدوث الرهاب الاجتماعي سابقا على الإدمان، حيث يحاول المرضى بالرهاب الاجتماعي مداواة قلقهم ذاتيا باستخدام الخمر، إذ يقررون أن جرعات قليلة قبل مغادرة المنزل لحضور حفل، أو مقابلة لوظيفة قد تجعل الموقف يمكن تحمله وربما تكون النتيجة في

المدى البعيد هي إدمان الخمر. (محمد محروس الشناوي .محمد السيد عبد الرحمان، 1998، ص208).

د- الرهاب الاجتماعي و الانتحار:

من المعروف أن اضطراب القلق من العوامل المؤدية للانتحار، وباعتبار الرهاب الاجتماعي من بين اضطرابات القلق، فإنه من المحتمل أن يؤدي إلى الانتحار. إلا أن الرهاب الاجتماعي من بين المواضيع التي حظيت بالقليل من الدراسات في هذا المجال ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة « PELIS SOLO » في (2006) أجراها على(952) مريضاً بالرهاب الاجتماعي فوجد أن هناك علاقة بين الرهاب الاجتماعي والانتحار، كما وجد أن (364) من هذه العينة لديهم أفكار انتحارية و(14)من قام فعلاً بمحاولة الانتحار (Elis Solo A, Huron S, Fanget F, 2006,P106). و خطر الانتحار يمثل مشكلة كبيرة لدى المصابين بالرهاب الاجتماعي راجع إلى الكبح و الانطواء الاجتماعي والخل الذي يعاني منه الأشخاص الذين لديهم رهاب اجتماعي حيث يعتبر الانتحار بالنسبة إليهم وسيلة خلاص من هذا الاضطراب . (Gohier B et Chocard AS et Goeb JL ,2003 ,PP47-50)

هـ - الرهاب الاجتماعي و مفهوم الذات:

فحص باحثون كثيرون كيفية تقويم الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي لسلوكهم في المواقف الاجتماعية الفعلية، وتوصلوا إلى أن الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي لديهم أفكار ذات تقويم سلبي للذات (حسين فايد، 2006، ص 105). كما بينت الدراسات التي أجرتها الباحثة "زينب ملص" عن العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وتقدير الذات عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية، وهي أول دراسة متخصصة في الأردن في هذا المجال أن ما يقارب (8,2%) من الإناث، و (10,1%) من الذكور من مجموع الطلبة الذين يعانون من أعراض الرهاب الاجتماعي لديهم تقدير منخفض، وكانت نتائج الدراسة قريبة لدرجة كبيرة من نتائج توصلت إليها دراسات عالمية بينت أن ما يقارب من (7%) إلى (14%) من الناس الذين يعانون من أعراض الرهاب الاجتماعي لديهم تقدير ذات منخفض.

(<http://www.amanjordan.org/a-news/wmview?ArtID=6124>. 29/11/2007)

و- الرهاب الاجتماعي و الاضطرابات الجنسية:

أجريت دراسة في البرازيل عن تأثير اضطرابات الرهاب الاجتماعي على العملية الجنسية عند الأشخاص المصابين به، حيث تمت دراسة حالة (26) مريضاً من مرضى الرهاب الاجتماعي، تم تشخيصهم حسب الدليل الأمريكي للأمراض النفسية و العقلية الطبعة الرابعة، وقد تم عمل مقابلات شخصية عن أدائهم الجنسي، فالرجال تم سؤالهم عن الانتصاب، وعن سلوكهم الجنسي بصفة عامة، أما النساء فقد تم سؤالهن عن الوصول للذروة في العملية الجنسية، وسلوكياتهم الجنسية، و المقابلات كانت مقننة وباستخدام استبيانات معروفة ومستخدمة من قبل في دراسات أخرى و ثبت فاعليتها فكانت النتائج بأن المرضى الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يجدون صعوبة في القذف، ويعانون من صعوبة الانتصاب بالنسبة للرجال، وصعوبة الوصول للذروة بالنسبة للنساء.

وتعتبر هذه الدراسة جديدة حيث لم يسبق أن تمت دراسة الجنس عند مرضى الرهاب الاجتماعي.

(<http://www.alriyadh.com/2007/04/20rticle243292.html> 29/11/2007)

XI- 4 - الرهاب الاجتماعي و العلاقات الاجتماعية:

يمكن أن تسبب الرهابات الاجتماعية العجز بشكل مرتفع، فالشخص غير القادر على التفاعل مع الآخرين أو التحدث أمام الآخرين، والذي لا يستطيع أن يتناول الطعام علانية، قد يرفض دعوات الغذاء والانغماس في المواقف الاجتماعية الأخرى، و حيث أن معظم الناس المصابين بهذه الرهابات يحتفظون بمخاوفهم سرا، فإن مقاومتهم غالباً ما يساء تفسيرها كخطيئة أو عدم اهتمام أو عناد. (حسين فايد، 2006، ص95).

من خلال ما سبق قمنا بعرض بعض المضاعفات والآثار والاضطرابات المصاحبة للرهاب الاجتماعي، هذا الأخير، الذي يسبب الألم و المعاناة و الخسائر على عدد من الأصعدة للأفراد الذين يعانون منه .

XII- أدوات تقدير الرهاب الاجتماعي:

في الحقيقة هناك أدوات عديدة لتقدير حالة الرهاب الاجتماعي، منها اختبارات ومقاييس، واستبيانات، نذكر منها ما يلي:

أ - مقياس الرهاب الاجتماعي لـ "دافيد سون" « Davidson » (1991)، و هو باللغة الانجليزية (Breif Social Phobia Scale)، وترجم إلى الفرنسية سنة (1993) من طرف « Lepine » et « Musa »، وهذا المقياس مقسم إلى جزئين، جزء خاص بالخوف والتجنب، وجزء خاص بالتظاهرات النفسية.

ب - استبيان « FNE »، (استبيان التقييم السلبي و الخوف) :

"لواطسن" و " فريند" « Friend » « Watson »، سنة (1969) ولقد ترجم إلى الفرنسية من طرف « Teherani » « Musa » سنة (1998) ويكشف هذا المقياس الجوانب المعرفية للرهاب الاجتماعي، تحديدا تقييم الآخرين.

ج - قائمة الرهاب الاجتماعي (The Social Phobia Inventory):

وهو مقياس متطور أعده "كونور و آخرون" « Connor » لقياس ثلاثة أنواع من أعراض الرهاب الاجتماعية:

1 - الأعراض المعرفية.

2 - الأعراض السلوكية.

3 - الأعراض الفسيولوجية.

ويتكون من (17) بندا، و لقد أثبت صدقه وثباته، كما أنه سهل التطبيق ويستطيع التمييز بين المرضى الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي. (Servant D, 2002, P 49).

د - اختبار التقييم الذاتي للتفكير أثناء التفاعلات الاجتماعية

(Test d'auto évaluation des pensées en interaction sociale)

من إعداد « Glass » سنة (1982)، ولقد ترجم للفرنسية من طرف « J Cottraux » يتكون من 14 بندا، يعتبر من أحسن الاختبارات التي تكشف عن الرهاب الاجتماعي.

هـ - مقياس القلق الاجتماعي لـ "ليبويتز" « Liebowitz » « Social Anxiety Scale »
أعده سنة (1987)، كما ترجم للفرنسية من طرف « cardoth » et « Lepine » سنة
(1990)، يتكون من أربعة وعشرين بنداً، يفيد في قياس القلق وتجنب الوضعيات
الاجتماعية، كما يوجد أيضاً لـ « Liebowitz » مقاييس خاصة بالمراهقين و الأطفال
(Bouvard M et Cottraux J, 2000, P 90).

و - مقياس الرهاب الاجتماعي (Social Phobia Scale) لـ "رولين ووي"

« Roulin Wee » :

أعده سنة (1994)، وذلك لقياس الرهاب الاجتماعي والقصور في العلاقات
البيشخصية ويتكون المقياس من (36) عبارة، وقد قام بترجمته إلى العربية مجدي محمد
الدسوقي ويصلح هذا المقياس للتطبيق على أفراد بدء من عمر (12) عاماً فأكثر. (مجدي
محمد الدسوقي، 2004، ص25).

ي - استبيان الخوف الاجتماعي لحسان المالح :

أعده سنة (1993)، وهو استبيان للمواقف المتعلقة بالخوف الاجتماعي ويضم المقياس
(38) بنداً، وأعده المؤلف ليتناسب مع البيئة العربية الإسلامية وهو يعتمد على عدد من
المقاييس والاستبيانات مثل مقياس القلق الاجتماعي "ليبويتز" « Liebowitz » واستبيان
المواقف الاجتماعية "ماركس" و "ماثيو" « Marks al Matheus ». (حسان المالح،
1995، ص59).

ز - مقاييس خاصة بالأطفال:

- مقياس القلق الاجتماعي للأطفال: (Social Anxiety Scale for children) من إعداد
« Stone » and « lagreca » "لارجرك" و "ستون" سنة (1993).
- قائمة الرهاب الاجتماعي للأطفال: (Social Phobia inventory for children) من
إعداد « Beldel » سنة (1995).

وهما خاصان بقياس الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال.

XIII - النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي :

XIII-1 - النظرية البيولوجية:

أ - التفسير الوراثي:

هناك دليل بحثي يقترح بأن العوامل الوراثية تلعب دوراً هاماً في تطوير الرهاب الاجتماعي فعدد من دراسات التوائم و الدراسات الأسرية قد فحصت العوامل الوراثية للرهاب الاجتماعي.

حيث أوضحت الدراسات التي تمت على أشخاص يعانون من هذا الاضطراب، من أن الاستعداد الوراثي لتطوير المرض يكون واضحاً في أسرهم، ويدعم ذلك دراسات "تشيك" و "باص" « Buss » and « Cheek » سنة (1981)، و دراسة « Cheek » سنة 1983 على التوائم المتماثلة حيث وجد ارتباطاً أعلى بين مستويات القلق الاجتماعي في التوائم المتماثلة عنه بالنسبة للتوائم غير المتماثلة، وأرجعاً ذلك إلى أن درجة التشابه في التركيبية الوراثية بين التوائم المتماثلة أكبر منها بالنسبة للتوائم غير المتماثلة (محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص256).

وفي دراسة "كندلر وآخرين"، « Kindler » على عينة مكونة من (163) زوجاً من التوائم الإناث وجد معدل مطابق للمخاوف الاجتماعية و قد كان أعلى في التوائم الأحادية التلقيح بنسبة (24%) عن التوائم الثنائية التلقيح (15%)، و اقترحت الدراسة أن (21%) من الاختلاف في التعرض للمخاوف الاجتماعية كان نتيجة عوامل وراثية خاصة بالاضطراب، وقد أكد "كندلر" في دراسته أن نتائج الدراسة قد تكون بعض الأدلة على وجود بعض العوامل الوراثية لأسباب المخاوف الاجتماعية.

وهناك عدد قليل من الدراسات العائلية التي قامت بفحص الإسهامات الأسرية للرهاب الاجتماعي، وقد وجدت هذه الدراسات معدلات مرتفعة للرهاب الاجتماعي في الأقارب، ومقارنة بالعينات الضابطة تشير بعض الدراسات إلى وجود ميراث خاص للمخاوف الاجتماعية، وقد وجد "لاست" « Last » عام (1991) أن أقارب الأطفال

المرضى بالرهاب الاجتماعي، كانوا أكثر استعدادا للمرض بالرهاب الاجتماعي عن أقارب الأطفال الذين لا يعانون من الرهاب الاجتماعي. (خديجة عمر محمد الحارثي، 2003، ص ص 24-25).

ب - التفسير الفزيولوجي :

من أهم النظريات الفزيولوجية لتفسير الرهاب بوجه عام هي نظرية جابا (GABA) Theory، حيث تعرض هذه النظرية ما تم اكتشافه حديثا فيما يتعلق بمستقبلات البتروديازيباين في الدماغ، وترتبط هذه المستقبلات بمستقبلات الناقلات العصبية لحامض جاما الأمينية الزبدية (GABA)، وأن المصابين بالرهاب لديهم خلل في وظيفة مستقبلات البتروديازيباين، مما يحدث الأعراض الفزيولوجية للرهاب، وقد تبين أن الأفراد الذين يتصفون بانخفاض مستوى جابا (GABA) يكونون أكثر استهدافا للإشراط التقليدي، الذي يسهم في ارتباط الخوف بمنبهات معينة، إضافة إلى أنهم يتصفون بمستويات عالية من الاستشارة العصبية. (كتاب بن عقيلان العتيبي، 2005، ص ص 36-37).

كذلك هناك نظرية فزيولوجية تقول بأن الرهاب الاجتماعي راجع إلى اختلال في نشاط الكاتيكول أمينات، واختبار هذا الفرض أدخل "باب" وزملائه « Papp et al » هرمون الأدرينالين عن طريق الحقن الوريدي في أحد عشر مريضا لديهم رهاب اجتماعي فلاحظ أن مريضا واحدا فقط مر بقلق يمكن ملاحظته. كذلك ثمة تفسير فزيولوجي آخر أثاره "ليبويتز و زملاؤه" « Libowitz et al » ينادي بأن أنظمة طاقة الدوبامين في الجهاز العصبي المركزي قد تفقد تنظيمها في حالة الرهاب الاجتماعي. (محمد محروس الشناوي .محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص 281).

XIII-2- نظرية التحليل النفسي:

حاول "فرويد" تقديم تفسير للمخاوف المرضية، و طبقا لنظريته تنشأ المخاوف المرضية من رغبات غير مرغوب فيها، كبثها الفرد لينساها، وعندما تفشل الأنا في كبت هذه الرغبات، و تلج في الظهور، تدرك الأنا التهديد، وتشعر بالخوف الزائد من ظهورها

ثم تسقط هذا الخوف على أي شيء. (صبره محمد علي و أشرف محمد عبد الغني شربت، 2004، ص ص 296-297).

أما بالنسبة للرهاب الاجتماعي فيرى "فرويد" بأنه صورة من صور النرجسية الشديدة ويؤكد المحللون النفسيون أن حدوث الرهاب الاجتماعي يكون مصاحبا لنمو الأنا الأعلى واكتماله، فالطفل يبدأ كبت ما تعرض له من صراع إلا أن هذا لا يكفي فيلجأ إلى النقل أو الإزاحة والترميز، بأن يحول موضوع الخوف الأصلي إلى خوف بديل. (محمد لطفي محمد يحي، 2003، ص13)

كما تشير نظرية التحليل النفسي، إلى وجود عمليات نفسية ذاتية وصراعات داخلية وعقد تساهم في زيادة الخوف المرتبط بالمواقف الاجتماعية التي يعترض لها الفرد كذلك تحاول تفسير حالات الرهاب الاجتماعي أن الإنسان يسقط ضميره القاسي الشديد المتطرف على الآخرين، ونظرا لشدة هذا الضمير وتعذبه للإنسان فإن القلق الناتج عن ذلك كبير يصعب احتماله فالضمير جزء من الإنسان نفسه والصراع معه قد بلغ درجة لا تطاق، ولذلك فإنه يسقط على الآخرين كثيرا من محتويات ضميره هو وطريقته القاسية اللاذعة في انتقاد نفسه، فهو يعتبر أن الآخرين يتهامون عليه أو يسخرون منه أو ينتقدونه عند مقابلتهم أو الحديث أمامهم وهذا يفسر أعراض الرهاب الاجتماعي. (حسان المالح، 1995، ص126).

XIII-3 - النظرية السلوكية :

تؤكد النظرية السلوكية على أن كلا من أنماط السلوك السوية والشاذة يتم اكتسابها من خلال التعلم، حيث أن السلوك بالنسبة لهم يتحدد بواسطة البيئة التي يعيش فيها الشخص ويكتسب منها سمات سلوكية معينة. (حسين فايد، 2004، ص43).

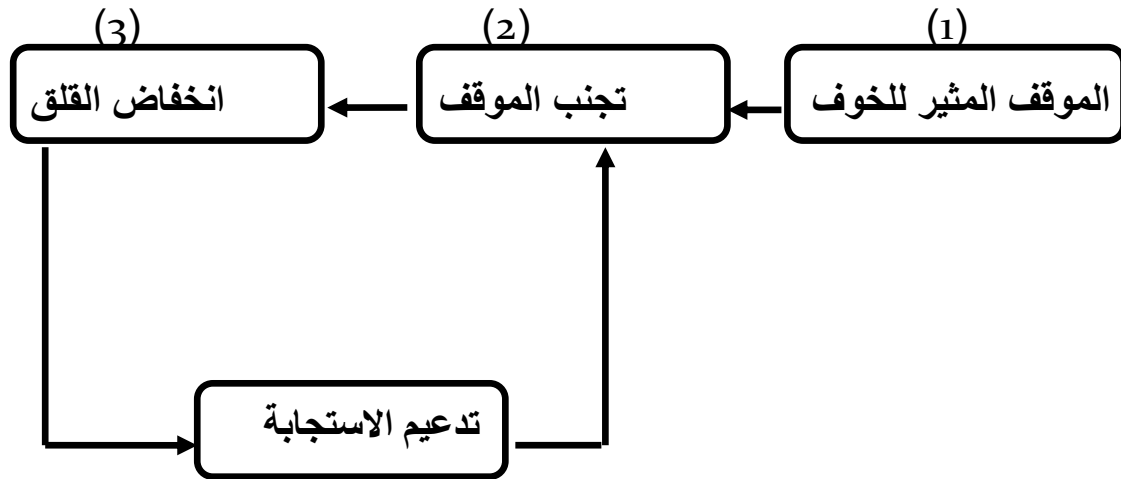
ولقد اهتمت النظرية السلوكية في تفسير حالات الرهاب الاجتماعي، بدراسة التجارب المؤلمة والصدمات التي يتعرض لها الشخص خلال تاريخ حياته، واستعملت مفاهيم بسيطة تعتمد على التعليم والتعلم الشرطي والمكافئات والنتائج المترتبة على سلوك معين، فإذا تعرض الإنسان إلى موقف اجتماعي مؤلم ومزعج فإنه يتعلم أن هذا الموقف أو ما يشابهه من المواقف سيكون مؤلما و مزعجا، وهكذا ينشأ الرهاب الاجتماعي.

مثلا قد ينشأ الرهاب الاجتماعي لدى الفرد بعد مروره بتجربة سلبية أمام الآخرين حدث له فيها تلغم أور عشة أوانتقاد، ولم يستطع أن يتخلص من ذكراها وتأثيرها السلبي على نفسيته وحياته.

ومن الفرضيات السلوكية الأخرى أن المرضى الذين يكون عندهم الرهاب الاجتماعي يحدث عندهم حساسية خاصة تجاه الأعراض الجسمية المرافقة للقلق فتتعود أجهزة أجسامهم وأعصابهم على تلك الحساسية، وينتج عن ذلك أنهم قد تعلموا أن المواقف الاجتماعية ترتبط بزيادة في التوتر والقلق وهم بالتالي يخافون هذه المواقف ويبتعدون عنها ولا يواجهونها. (حسان المالح، 1995، ص ص 128-129).

كما يرى السلوكيون أن الرهاب الاجتماعي سلوك غير سوي تم تعلمه طبقا لمبادئ الاشراف الإجرائي عند سكرن، ويتضح ذلك من خلال الشكل التالي:

شكل رقم 03: يوضح طريقة تعلم الرهاب الاجتماعي



فعند تعرض الشخص للموقف المثير لخوفه، فإنه يتجنب هذا الموقف، هذا التجنب يؤدي إلى تخفيف الرهاب، هذا يعني أن الفرد قد حصل على إثابة تقلل من حدة شعوره

بالقلق في هذا الموقف، وبالتالي فإن سلوك التجنب يدعم عند الفرد فيؤدي إلى مزيد من التجنب للحصول على مزيد من خفض القلق.

ويفسر "ستيمبر جرو و آخرون" « Stemberger et al » أسباب الرهاب الاجتماعي و مراحل تكونها كما حددها "أيزنك" « Eysenck » أنهما تأتي على ثلاث مراحل وهي:

أ - إستجابات انفعالية لحدث صدمي، حيث يشعر المريض بعدم الراحة في الموقف الاجتماعي مثل الحديث أمام الفصل الدراسي أو في حفل.

ب - هذا الموقف يترك أثراً لبداية مخاوفه فيتم على نحو كلاسيكي تشريط الاستجابات.

ج - يتم تجنب المواقف الاجتماعية نتيجة الارتباط الشرطي الذي تم عند فعل خطأ ما أو عند سخرية الآخرين، فيتم تجنب المواقف التي تستثير رد الفعل الانفعالي السيء.

و يذهب "ستيمبر جرو و آخرون" « Stemberger et al » إلى أن البداية المبكرة للرهاب الاجتماعي ترجع إلى الكف السلوكي. (محمد لطفي محمد يحي، 2003، ص ص 13-14).

XIII - 4 - نظرية التعلم الاجتماعي:

يرجع أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي أسباب الإصابة بالرهاب الاجتماعي إلى عوامل بيئية، فباندورا يفسر اكتساب السلوك الاجتماعي عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين حيث يعتبرون من الناحية التقنية نماذج ، وملاحظة هذه النماذج يُسمى بالاقتران بالنموذج، حيث إن نماذج الاستجابات الجديدة يمكن أن تكتسب من خلال مصدرين رئيسيين هما : نتائج التأثيرات الإيجابية والسلبية التي تؤدي إليها خبرات الفرد المباشرة، أو من خلال ملاحظة لسلوك الآخرين أي التعلم بالنمذجة Modeling، كما يرى أن هناك ارتباطاً قوياً بين مخاوف الطفل ومخاوف والديه وغالباً ما تُكتسب هذه المخاوف بفعل ملاحظة أفراد الأسرة الآخرين أو بسبب ما يخلفه كل منهم أمام الآخر من نماذج سلوكية وتدعيمات لهذه الشكاوى، حيث أن الإصابة بالمخاوف المرضية تكون نتيجة الأساليب

الوالدية الخاطئة والاقتداء بهم فى بعض مخاوفهم.(محمد لطفي محمد يحي، 2003، ص17)

XIII- 5 - النظرية المعرفية :

تقوم النظرية المعرفية على فكرة رئيسة هي أن الاضطراب يرجع إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث و تفسيره من خلال خبراته و أفكاره، حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن الاضطراب السلوكي (السلوك الشاذ) هو نمط من الأفكار الخاطئة، أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التكيفية. (حسين فايد، 2004، ص45).

ومن أهم النظريات المعرفية التي تناولت الرهاب الاجتماعي و فسرت نشأته نذكر:
نظرية "بك و إمري": لقد طور " بك وإمري" سنة (1985) نظرية معرفية لتفسير منشأ القلق والمخاوف المرضية، بما في ذلك تفسير منشأ اضطراب الرهاب الاجتماعي ويعد مفهوم المخطط، المفهوم المحوري الذي يمثل العمود الفقري لنظريتهما المعرفية والمخططات ما هي إلا مجموعات من القواعد التي تصنف وترتب، وتنظم، وتفسر المعلومات الواردة للمرء كما تيسر استرجاع المعلومات من الذاكرة.

ووفقا لنظرية 'بك وإمري'، فإن القلقين من الجمهور هم هؤلاء الأفراد سريعي التأثير، كما أن هؤلاء الأفراد هم الذين يرون العالم على أنه مكان خطر و مهدد و من ثم يظل هؤلاء الأفراد شديدي التيقظ باستمرار لمواجهة أي تهديد محتمل في هذا العالم ونتيجة لذلك فإن المؤشرات الإيجابية المحايدة أو المعتدلة يساء تفسيرها و بشكل سلبي. وما مرضى الرهاب الاجتماعي إلا هؤلاء الأفراد شديدي التركيز والالتفات للمؤشرات التي تشير إلى احتمالات تقييم سلوكهم الاجتماعي سلبيا من قبل الأشخاص الآخرين وربما تكون هذه المؤشرات ذات طبيعة موقفية ، كما يحدث من تعليق حاد من أحد المدرسين لأحد الطلاب الذي يجيب عن سؤال محدد أمام فصله، و في الحقيقة أن مرضى الرهاب الاجتماعي يبدون وكأنهم يكرسون انتباههم بشكل زائد عن الحد لاكتشاف مؤشرات التهديد الاجتماعي المحتملة الحدوث (ديفيد بارلو، ترجمة صفوت فرج، 2002، ص ص 247 – 248).

ونخلص إلى أن المدرسة المعرفية تنطلق في تفسيرها للرهاب الاجتماعي من فرضية أساسية مؤداها أنه ناتج عن مجموعة من الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية لدى المصابين بالرهاب الاجتماعي، وتفسيرهم الخاطئ للمواقف الاجتماعية.

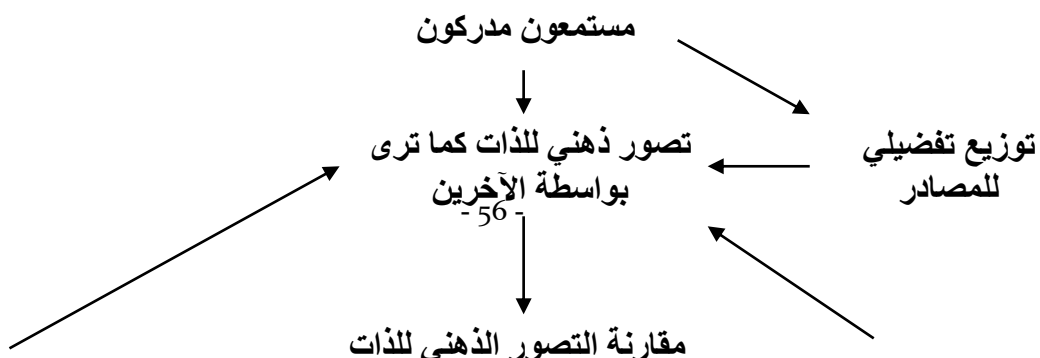
XIII-6 - النظرية السلوكية المعرفية :

قدم "رابي" و "هيمبرج" « Heimberg » and « Rapee » سنة (1997)، نموذجا سلوكيا معرفيا في محاولة منهما لتفسير الرهاب الاجتماعي، وقد بدأ الباحثان بفكرة أن الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي يعتقدون أن الناس الآخرين ناقدون بشكل وراثي، أي يحتمل أن يقيموهم بشكل سلبي، وفي هذا الإطار، قد تحدث عمليات عديدة لزوج وإبقاء الرهاب الاجتماعي، و تتشابه هذه العمليات مع بعضها بشكل جوهري.

وفي مواجهة الموقف الاجتماعي يُكوّن الفرد تصورا ذهنيا لمظهره وسلوكه الخاص كما يرى على نحو مزعوم بواسطة الآخرين، ويركز مصادره الانتباهية بشكل متزامن على كل من تصوره الداخلي، وأي تهديد مدرك في البيئة الاجتماعية ومن الناحية الفعلية لا يكون التصور الذهني للمظهر والسلوك متماثل النواة، ولكنه مزيج متكامل

قوم على مجموعة متنوعة من المدخلات، وتشمل هذه المدخلات معلومات مستعادة من الذاكرة طويلة المدى (مثل : إعادة تجميع المظهر العام – الخبرة السابقة في الموقف) ومن إشارات داخلية مثل (التقبل الذاتي). ومن إشارات خارجية مثل (التغذية الراجعة للمستمعين)، وتوزع مصادر الانتباه على النواحي البارزة لصورة الذات، وكذلك على مراقبة التهديد الخارجي الكامل و في حالة الرهاب الاجتماعي يشير التهديد الخارجي الكامن إلى مؤشرات خاصة بتقويم سلبي ممكن مثل التجهّمات. (حسين فايد، 2006، ص 100-102)، والشكل التالي يوضح نموذج السلوكي المعرفي لـ "رابي وهيمبرج" في تفسير الرهاب الاجتماعي.

شكل رقم 04 : يفسر الرهاب الاجتماعي وفق النموذج السلوكي/المعرفي لـ "رابي وهيمبرج" (حسين فايد، 2006، ص 101)



XIII -7- نظرية العوامل الأسرية :

تلعب العوامل الأسرية دورا هاما في نشوء حالات الرهاب الاجتماعي و قد بينت الدراسات أن المرضى المصابين بالخوف الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) يذكرون في تاريخ شخصيتهم أن طفولتهم كانت غير سعيدة، وأنهم عانوا من الحرمان النفسي والمادي وأن علاقتهم بوالديهم كان يسودها البعد العاطفي والبرود، إضافة إلى عدم التقبل والرفض من الأهل، وهذه الذكريات تساهم عادة في تكوين مشاعر النقص كما تؤدي إلى ازدياد مشاعر الإحباط والعدوانية والتوتر وعدم الرضا عن النفس، هذا الأمر يؤدي إلى الرهاب الاجتماعي.

وفي دراسات أخرى كان تقييم مرضى الرهاب الاجتماعي لعلاقتهم مع أهلهم في المراحل المبكرة في حياتهم بأنها كانت تتصف بالحماية الزائدة بشكل عام و من ثمة تكون الفرص لاكتشاف الحياة بشكل تلقائي و ذاتي ضعيفة.

كما يمكن للأسرة أن تؤثر في نشوء حالات الرهاب الاجتماعي من خلال سلوك الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت الأكبر سناً، وذلك من خلال التقليد، فمثلاً التعلق بأحد الوالدين أو الأخوة وتكرار أساليبه الاجتماعية، وتصرفاته الخجولة المرتبطة في المواقف الاجتماعية، وأيضا حفظ تعليقاته وآرائه وتمثل خوفه وقلقه من الآخرين.

كما يؤدي التوتر الأسري والمشاكل بين الأبوين إلى زيادة القلق في جو الأسرة ويساهم ذلك في زيادة السلوك الانكماشى والانسحاب عند واحد من أفراد الأسرة أو أكثر.

وتلعب بعض الأمور التربوية دوراً في تثبيت الرهاب من المواقف الاجتماعية مثل إطلاق الصفات وإلصاق النعوت على الشاب المراهق أو الطفل كأن يسمى بأنه خجول أو ضعيف، وأنه لا يتكلم أو غير ذلك في البيئة المنزلية أو المدرسية.

من الأمور التربوية الهامة التي تساهم في تكوين الرهاب الاجتماعي كثرة الأوامر والنواهي والممنوعات وتعقيد التعليمات والقواعد التي يجب إتباعها في المواقف الاجتماعية، وشدة العقاب في حال عدم تطبيقها ومن ثمة يزيد الشعور بالضعف. كما تزيد مراقبة النفس فيما بعد، وتضعف قدرته على التعبير التلقائي عن نفسه ورغباته مما يزيد في تجنبه للمواقف الاجتماعية وينشأ عنده الرهاب الاجتماعي. (حسان المالح، 1995، ص ص 133-138).

XIII-8 - النظرية الاجتماعية و الثقافية :

في الحقيقة أن هناك العديد من العوامل الاجتماعية و الثقافية، التي تساهم في نشوء حالات الرهاب الاجتماعي، وذلك من خلال القيم الاجتماعية التي يغرسها المجتمع في الفرد، ومن بين العوامل الاجتماعية السلبية نذكر عدم وجود فرص التعبير عن الذات وعدم التأكيد على أهمية الفرد وتشجيعه على تنمية وتحقيق شخصيته كذلك المجتمع العدوانى الانتقادي الذي لا يقبل الفرد، ويتهكم عليه و يسخر منه له دور في نشأة الرهاب الاجتماعي.

كما أن سياسة التمييز العنصري تتسبب في نشأة الرهاب الاجتماعي، فلقد أكدت الدراسات أن سياسة التفرقة الاجتماعية واضطهاد الملونين أو الأقليات الأخرى في المجتمعات الغربية يؤدي إلى زيادة الرهاب الاجتماعي. (عبد الله بن سلطان السبيعي، 2006، ص 61).

ومن خلال عرض النظريات السابقة لاحظنا أن هناك عوامل عديدة مسئولة عن نشأة الرهاب الاجتماعي، و فيما يلي سنقوم بعرض ثلاث طرق ممكنة لحدوث الرهاب الاجتماعي تتمثل فيما يلي :

الطريق الأول : هو أن الفرد يمكن أن يرث قابلية بيولوجية لنشوء أو نمو القلق أو يرث ميل أو اتجاه بيولوجي بأن يكون لديه كف من الناحية الاجتماعية.

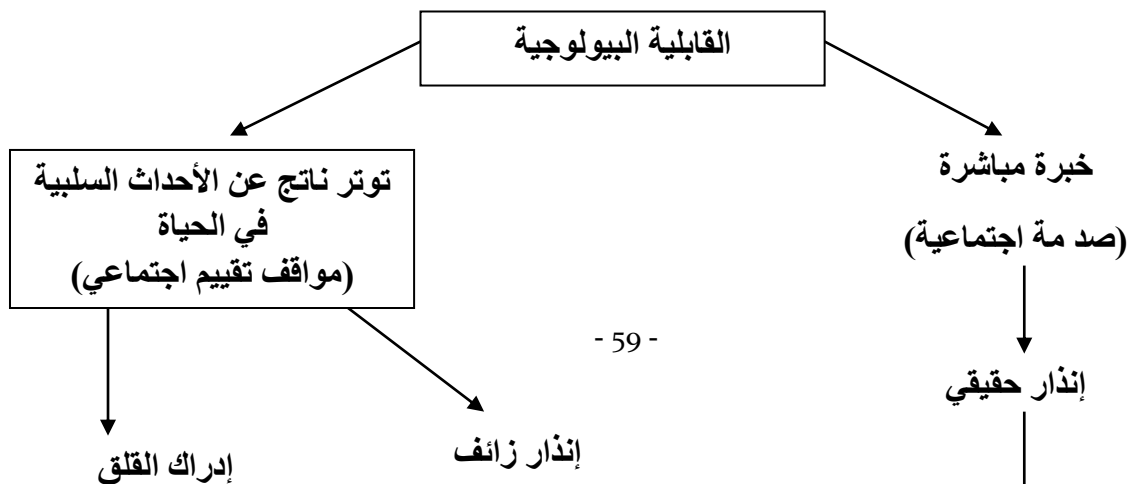
الطريق الثاني : هو أنه عندما يكون الفرد تحت ضغط أو توتر شديد يتولد لديه ذعر أو هلع غير متوقع في موقف اجتماعي، وبعد ذلك يصبح قلقاً من حدوث إنذارات إضافية زائفة في نفس المواقف الاجتماعية.

الطريق الثالث : أنه ربما يمر الفرد بصدمة اجتماعية تؤدي إلى حدوث إنذار حقيقي وينمو القلق بعد ذلك في نفس المواقف الاجتماعية، و ترجع التجارب المتعلقة بالصدمة الاجتماعية إلى فترات صعبة أثناء النمو. ففي فترة المراهقة المبكرة نجد أن الأطفال يتم التهمك عليهم بقسوة من رفاقهم الذين يحاولون تأكيد سيطرتهم عليهم، وهذا السلوك ربما يولد القلق والذعر اللذين يظهران في المواقف الاجتماعية المستقبلية.

والشكل التالي يوضح الأسباب المرضية للرهاب الاجتماعي:

شكل رقم 05 : يوضح نموذج للطرق المتعددة والتي ينشأ فيها الرهاب الاجتماعي حسب

"بارلو" « Barlou » (مجدي محمد الدسوقي، 2004، ص21).



XIV- الوقاية من الرهاب الاجتماعي:

تعرف مشروعات أو برامج الوقاية، بالنسبة لمجالات الصحة والصحة النفسية والاجتماعية جميعا، بأنها أية تدابير نتخذها أو نخطط لها، تحسبا لمشكلة لم تقع بعد، أو تحسبا لتعقيدات تطرأ على ظروف قائمة فعلا، ويكون الهدف من هذه التدابير هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لحدوث المشكلة.

وإكمالا لمعنى الوقاية يفرق الخبراء بين ثلاث درجات منها وهي:

الوقاية الأولية (أو الوقاية من الدرجة الأولى): و يقصد بها إجراءات الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة أصلا.

الوقاية الثانوية: و يقصد بها الإجراءات التي نتخذها للحيلولة دون ظهور تعقيدات جديدة لمشكلة نسلم بوجودها فعلا.

الوقاية من الدرجة الثالثة: و يشار بها إلى الإجراءات التي نتخذها حتى لا تعود المشكلة إلى الظهور. (مصطفى سويف، 2000 ، ص ص 35-36).

ولا تزال الدراسات الوقائية في مجال الطب النفسي نادرة و صعبة التحقيق، وتختلف الوقاية في مجال الطب النفسي عنها في المجال الطبي، وذلك لتشابك وتنوع العوامل المسببة وغموض الأسباب في بعض الحالات الأخرى

و هناك عدد كبير من الملاحظات العامة التي تساعد على الوقاية من حالات الرهاب الاجتماعي، يمكن استنتاجها من خلال معرفة الأسباب العامة و العوامل المؤثرة في نشوء هذه الحالات. (حسان المالح، 1995، ص ص 177-178).

ومن بين وسائل الوقاية من الرهاب الاجتماعي نذكر عدد من النقاط التالية:

1- منع مثيرات الخوف، والحيلولة دون تكوين خوف شرطي أو استجابة شرطية ومن ذلك عدم إظهار القلق على الأولاد، حين يتم تعرضهم لموقف مثير للخوف، مع العمل بكل هدوء ما أمكن ذلك لشرح طبيعة ذلك الموقف.

2- عدم إظهار خوف الكبار أمام أطفالهم لئلا ينتقل لهم هذا الخوف عن طريق التقمص والتقليد، ومنها تعويد الطفل على النظر للجوانب الإيجابية، وعدم التركيز على الأخطاء فقط، ومنها تدريب الطفل منذ الصغر على مواجهة المشكلات ومحاولة حلها ومساعدته في ذلك بالتوجيه والتسديد .

(<http://www.holol.net/show-article main.cfm ? id-30 02/07/2007>)

3- أهمية القيم الاجتماعية و الأخلاقية التي تتعلق بكيفية تعامل الناس مع بعضهم البعض، وبقول الله تعالى في كتابه العزيز:

"لا يسخر قوم من قوم عسى أن يكونوا خيرا منهم و لا نساء من نساء عسى أن يكن خيرا منهن" (سورة الحُجرات : الآية 11).

4- أهمية التربية وعلاقة الطفل بوالديه و تنشئته تنشئةً حميدة تجعله واثقا بنفسه يستطيع التعبير عنها بحرية ومسؤولية، ويعتمد ذلك على القدوة الحسنة، وعلى رعاية الطفل رعاية مناسبة وتشجيع قدراته وإتاحة فرص التعبير أمامه.

5- الاهتمام بجيل الشباب في مرحلة المراهقة بشكل خاص، و تفهم ما يجري فيها من تطور في شخصية المراهق وقدراته والتعرف على قلقه واندفاعاته وآرائه و صراعاته وضرورة تشجيعه على اكتساب المهارات اللازمة التي تساعد على ضبط النفس وتقوية الإرادة والعزيمة، إضافة إلى التحصيل العلمي والعمل المتوازن، وتنمية الهوايات المتنوعة والقدرات الاجتماعية المتعددة.

6- الاهتمام بالأشخاص المؤهلين والمعرضين للانطواء والقلق الاجتماعي والشعور بالنقص، مثل المصابين بأمراض جسدية، أو عاهات أو اضطرابات النطق أو الأشخاص الذين يختلف مظهرهم الجسدي أو أصلهم الاجتماعي عن أكثرية من حولهم، و التركيز على إعطائهم فرصا أكبر في تحقيق شخصيتهم وتنمية قدراتهم الشخصية والاجتماعية.

7- ضرورة التأكيد على مواجهة المواقف الاجتماعية بدلا من تجنبها أو الابتعاد عنها وأيضا الحث على التعبير عن النفس بدلا من الانكماش والصمت.

وهذه مبادئ اجتماعية أساسية في إصلاح المجتمع ، وهي تساهم من الناحية العملية في التخفيف من شدة التوتر والقلق المرتبط بالمواقف الاجتماعية من خلال الصبر، وتكرار المواجهة والتعبير عن النفس.

8- التأكيد على أهمية الوعي الطبي والنفسي وتحسينه و ذلك بمشاركة وسائل الإعلام المختلفة كالصحف والمجلات وغيرها من الأساليب التثقيفية. وضرورة توفر العلاج النفسي والخدمات النفسية المتطورة للجميع، وكل ذلك يساعد على ازدياد الصحة النفسية.

(حسان المالح، 1995، ص ص 178-181).

XV- علاج الرهاب الاجتماعي :

تتعدد الأساليب العلاجية التي يمكن استخدامها في حالات الرهاب الاجتماعي وتختلف استجابة المرضى بالرهاب الاجتماعي لهذه الأساليب العلاجية، وفقا للتفاصيل المرتبطة بالحالات، إضافة إلى شخصية المرضى والظروف المحيطة بهم وفي ما يلي نقوم بذكر بعض أنواع العلاجات المستخدمة مع حالات الرهاب الاجتماعي:

XV -1- العلاج الدوائي :

من بين الأدوية المستخدمة في علاج الرهاب الاجتماعي نذكر ما يلي :

أ- المهدئات :

يقوم الأطباء بوصف المهدئات للمرضى بالرهاب الاجتماعي كثيرا وهذا لأنها تساعد على تخفيف القلق الاجتماعي، ومساعدة هؤلاء على الشعور بالقوة والإحساس بالراحة ومن بين أكثر أنواع المهدئات استعمالا في علاج الرهاب الاجتماعي نذكر

""البنزوديازيبين"" « les benzodiazépine » ، حيث لديها تأثيرات فعالة في التخفيض من حالة الرهاب الاجتماعي (André G et légeron P,2000 ,P212)

ب- مضادات الاكتئاب :

أثبتت العديد من الدراسات فعالية مضادات الاكتئاب في التخفيض من حدة الرهاب الاجتماعي، ومن أهم هذه الأنواع نذكر "أنفغانيل" « anafranil » وهو من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة ، حيث وجد له تأثير ايجابي في بعض الدراسات التي أجريت على عينات من المرضى الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي(حسان المالح،1995، ص 141) .

ج- مثبطات مستقبلات السيروتونين :

تعتبر من أكثر الأدوية المستعملة اليوم للحد من الرهاب الاجتماعي، ومن أهم أنواعها استعمالا في هذا المجال نذكر "باغوسيتين" « parosétine » ، حيث أثبتت فعاليتها في عدة دراسات ، وأصبح متواجد في العديد من الأسواق خاصة في أمريكا وكندا ، وفي العديد من الدول الأوروبية.(André C et légeron P,2000,P214) أيضا من بين الأدوية المستعملة لعلاج الرهاب الاجتماعي : مثبطات أكسدة الأنزيمات الأحادية الأمين ، مثل "نارديل" « nardil » و "أوروريكس" « Aurorix » . ونوافل مستقبلات الأدرينالين من نوع بيتا مثل "إنديرال" « Inderal » و تستعمل عند العزم على القيام بنشاط اجتماعي، وذلك بأخذ الجرعة قبل (30 – 60) دقيقة.

(http : //www.roro44.com/healths-35-861-0.html .09/07/2007)

XV-2- العلاج النفسي التحليلي و الديناميكي :

يعتمد هذا العلاج على التفاعل بين المريض و الشخص المعالج من خلال الحوار وتحدث المريض عن نفسه وانفعالاته وحياته الذاتية ، ويشترك مرضى الرهاب

الاجتماعي في بعض العقد النفسية ، والصعوبات الداخلية والأساليب الدفاعية مثل صعوبة التعامل مع مشاعر الغضب وما يتعلق بها من النزعات العدوانية وأيضاً عقد التنافس والذنب إضافة إلى عقد النقص والعقد المرتبطة بالاستقلالية والاعتمادية، وتدل دراسة عدد من الحالات العيادية أن تعديل البنية النفسية الداخلية من خلال تبصر الإنسان بذاته وأساليبه المتكررة ، والتي ترتبط بانفعالات شديدة وآلام مكبوتة ومناقشتها في جو علاجي يتصف بالأمان والتقبل والتفهم له دور كبير في جعل الفرد أكثر قدرة على ضبط النفس، وتزداد ثقته بنفسه ويتفهم خوفه من المواقف الاجتماعية المتعددة وتحسن سلوكه الاجتماعي وقدرته على التعامل مع الآخرين. (حسان المالح، 1995، ص156)

XV-3 - العلاج السلوكي :

يعتبر العلاج السلوكي من أكثر أنواع العلاج الملائمة والفعالة لحالات الخوف الاجتماعي ومن أمثلة الأساليب العلاجية السلوكية نذكر أسلوب التعرض للموقف الاجتماعي وهذا التعرض يمكن أن يكون تدريجياً أو كاملاً ، لكن الأكثر استعمالاً هو أسلوب التعرض التدريجي، حيث يتم تعريض المريض وتدريبه على الاحتكاك بالناس كذلك النشاطات الاجتماعية بشكل متدرج حيث يبدأ بالأوضاع والمواقف الاجتماعية الأقل إثارة للخوف لدى هؤلاء المرضى، ومع كل مرحلة تعرض تدريجي للمواقف الاجتماعية المثيرة للقلق ينصح بالقيام بعملية الاسترخاء.

ونذكر من بين الأساليب السلوكية تمارين التخيل، وذلك بأن يتخيل المريض المواقف الاجتماعية التي تثير قلقه و توتره والتي يعمل دائماً على تجنبها ،كما نذكر أسلوب المواجهة والتعرض للموقف الاجتماعي الذي يؤدي إلى الرهاب كأن يطلب من المريض الذي يخاف من حضور الاجتماعات، أن يحضر اجتماعاً معيناً محاولاً ألا يهرب بأن يقوم بالاعتذار عن الحضور مخترعاً سبباً معيناً ، كذلك عند حضوره الاجتماع يحاول أن يبقى أطول فترة ممكنة و أن لا يغادر قبل انتهائه، وعند تكرار هذه المحاولات سوف تقل أعراض الخوف الحاد إلى أن تختفي .

(Luis Véra et Christine Mirabel ,2003,P88)

XV-4- العلاج المعرفي :

يشير كل من العالمين "بيوتلر" و"ايملكمب" إلى أهمية العلاج المعرفي في حالات الرهاب الاجتماعي، حيث نجح في علاج مشكلة التحدث أمام الآخرين، والتعامل مع الأشخاص الآخرين، ويعتمد العلاج المعرفي على حقيقة أن الانفعالات و سلوك الفرد ناتجة عن الطريقة التي يفكر بها الإنسان، كما يركز هذا النوع من العلاج على تعديل أفكار المريض عن نفسه وعن الآخرين، من خلال المناقشة و الحوار والتدريب على التفكير بطريقة ايجابية وواقعية.

<http://www.ksau.info/vb/showthread.php?S=ddc649dbc702Eb2bc9d789FFF>
A886DT=5959 09/07/2007)

ولقد استخدمت صور مختلفة عديدة للعلاج المعرفي في علاج الرهاب الاجتماعي وتعتمد بعض المجالات مثل التدريب على التقرير الذاتي، وعلى معرفة و تحديد الأفكار غير المنطقية لمرضى الرهاب الاجتماعي.(حسين فايد، 2005، ص379).

ومن ثمة تعديل هذه الأفكار، فلقد بينت الدراسات المعرفية لحالات علاج الرهاب أن المريض يزداد قلقا عندما يحس ببداية الأعراض الجسمية مثل نبضات القلب، أو التنفس السريع ... إلخ، وتلعب هنا طريقة التفكير الخاطئ والسلبي دورا كبيرا في تفسير هذه الاستجابات الجسمية مما يزيد في الرهاب الاجتماعي وهنا يأتي دور العلاج المعرفي في العمل على تعديل فكرة المريض هذه واعتبار أن الأعراض الجسمية التي يحسها مؤقتة وعابرة، وأنها مفهومة تماما من الناحية الفيزيولوجية.

وأیضا يمكن تعديل أفكار المريض حول الأمور التي يعتبرها نوعا من الخطر والتي تسبب له الرهاب الاجتماعي مثل تفسيره ل نظرة شخص معين في إحدى المناسبات وانتباه الناس المسلط عليه، حيث من خلال هذا التعديل يصبح أكثر تقبلا لمثل هذه المثيرات ويمكنه أن يفسرها بطريقة عادية (حسان المالح، 1995، ص ص 150-151).

و فيما يلي مجموعة من الخطوات اللازمة المتبعة في العلاج المعرفي للرهاب الاجتماعي:

- 1- إجراء المقابلة مع المريض للوقوف على الوضع العام له.
- 2- تحديد الأفكار غير المنطقية وغير العقلانية التي تسيطر عليه، وشرحها له وتوضيحها بشكل مبسط.
- 3- تدريب المريض على تحديد الأفكار التلقائية، والأساليب المعرفية غير الفعالة المرتبطة بالأفكار التلقائية، وتطوير استجابات بديلة.
- 4- تدريب المريض على الكيفية المثلى للتعامل مع التوقع السلبي للتقديم من قبل الآخرين ومناقشة تلك الأفكار.
- 5- العمل على استرجاع المريض لما حدث في التفاعل الاجتماعي، وبالذات الجوانب السلبية منه وهذا من وجهة نظر المريض، وشرح ذلك الموقف ومن ثم تقويمه.
- 6- التعامل مع الافتراضات السلبية الموجودة في ذهن المريض مسبقا تجاه الآخرين ونظراتهم إليه وعدم قدرته على تحملها. (ناصر المحارب، 2000، ص 150)

XV- 5 - العلاج المعرفي السلوكي:

تعد العلاجات المعرفية السلوكية، من أهم العلاجات المستخدمة في علاج الرهاب الاجتماعي، حيث وضحت العديد من الدراسات مدى فعاليتها في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي، ويتمثل هدفها الأساسي في تعديل طريقة التفكير وسلوكيات المرضى. (André C et légeron P , 2000 , P 216).

ومن أمثلة الدراسات التي ذكرت التأثير الجيد في خفض الرهاب الاجتماعي نذكر دراسة "باتلر و رفاقه" « Butler et al » سنة (1984) التي قارنوا فيها بين مجموعتين تجريبتين وأخرى ضابطة، حيث عولجت إحدى المجموعتين التجريبتين بالتعرض حيث يشجع المريض على المواجهة التدريجية للمواقف التي يتجنبها، أما الأخرى فقد عولجت بالتعرض المقترن بالاسترخاء وإعادة البناء المعرفي، حيث ثبت

في النهاية تحسن واضح في المجموعتين التجريبيتين عن مجموعة الانتظار (الضابطة).
(محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص257).

ويتكون العلاج المعرفي السلوكي من ثلاثة عناصر أساسية هي:

- التعرض المباشر للمواقف الشبيهة بالمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي.
 - صياغة الأفكار معرفيا.
 - واجبات منزلية محددة للتعرض للمواقف المثيرة للخوف في الحياة الاجتماعية الواقعية.
- وتمثل عمليات التعرض المباشر للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي، قلب العلاج المعرفي السلوكي لكونها تحدث قبل التدخلات المعرفية وأثناءها و بعدها، و يتحدد الواجب المنزلي أساسا، انطلاقا من الموقف الذي تم تطويره خلال تعليم المريض جلسات التعرض. (ديفيد بارلو ترجمة صفوت فرج، 2002، ص251).
- و بما أن المشكلة المركزية في الرهاب الاجتماعي في أن المرضى بهذا الاضطراب يكونون على نحو جدير بالاعتبار أكثر قلقا و قصورا في المهارات الاجتماعية المطلوبة في الواقع لذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي يركز على تنمية هذه الأخيرة. (حسين فايد، 2005، ص377).
- وحسب رأي العديد من العلماء فإن تنمية المهارات الاجتماعية الخاصة بالاتصال والتفاعل مع الآخرين ضرورة ملحة في علاج الرهاب الاجتماعي، ومن بين الأساليب المستخدمة في تنمية المهارات الاجتماعية ما يلي:
- كن البادئ في الحديث مع الآخرين، ومن أفضل وسائل افتتاح الحديث هو الثناء أو إبداء الإعجاب بصفة أو شيء معين في الآخرين.
 - ألق التحية يوميا على خمسة أشخاص غرباء على الأقل ولا تصرفهم ولا تنس أن تكون مبتسما عندما تلقي التحية.
 - اخرج للسوق واسأل عن أماكن أو محلات معينة حتى و لو كنت تعرف مكانها وكيفية الوصول إليها، المهم أن تبادر الآخرين ولا تنسى أن تشكر من سألتهم على لطفهم وأدبهم عندما أرشدوك للعنوان المطلوب. (صباحي سليمان، 2007، ص96)

XV-6- العلاج التكاملي:

يعتمد العلاج التكاملي على مجموعة من الأساليب العلاجية المتنوعة ، وتطبق هذه الأساليب بشكل مرن وانتقائي وفقا لحالة المريض وخبرة المعالج وتدريبه حيث أن الهدف الأساسي هو البحث عن الأسلوب أو الأساليب المناسبة للمريض.

وتعتمد أساليب العلاج التكاملي على استعمال أكثر من أسلوب علاجي واحد في نفس الوقت، حيث يمكن أن يبدأ العلاج بشرح الأساليب السلوكية و بعدد من الجلسات العلاجية يمكن استعمال بعض الأساليب التحليلية ولاسيما إذا كان العلاج فيما سبق فاشلا، حيث يحدث في عدد من الحالات نوع من المشاعر السلبية وعدم التعاون في إجراء الوظائف المنزلية و التمارين التخيلية المطلوبة ، وهذا ما يسمى بالتحويل السلبي ولا بد من التنبيه إلى هذه الظاهرة النفسية كي لا يفشل العلاج.

ويمكن أيضا استعمال الأدوية جنب إلى جنب مع العلاج السلوكي أو المعرفي ، كذلك يمكن تطبيق بعض مبادئ العلاج الأسري، حيث يشجع أفراد الأسرة المريضة على التقدم في أساليب المواجهة، كما يمكن الاعتماد على بعض الأساليب التثقيفية في معالجة بعض حالات الرهاب الاجتماعي ، ويكون ذلك بتقديم شرح علمي و طبي مبسط حول أعراضه، وهكذا نجد أن تطبيق عدد من الأساليب العلاجية معا وبشكل مرن يفتح للذي يعاني من الرهاب الاجتماعي أن يتخلص منه. (حسان المالح ، 1995 ، ص ص159-166).

خلاصة :

تعرضنا في هذا الفصل إلى أهم نوع من أنواع الرهاب، وهو الرهاب الاجتماعي الذي حظي مؤخراً بالعديد من الدراسات نتيجة لانتشاره داخل المجتمعات وهذا حسب الإحصائيات المتوفرة حيث لا أحد منا يملك مناعة ضد الرهاب الاجتماعي .

ويمتاز هذا الأخير بعدة أعراض أهمها الارتباك والكدر أثناء المواقف الاجتماعية العادية ، ومن الملاحظ من خلال الدراسات التي تم إجراؤها أن هذا الاضطراب يعمل على تعطيل الحياة وذلك لانهماك المريض في تجنب العلاقات والتفاعلات الاجتماعية تاركاً ما يجب عليه القيام من متطلبات الحياة ، مختاراً العزلة كنمط يتلاءم مع متطلبات حياته، مما يخفف عليه حالة الخوف التي تعتريه بشكل مستمر من هذه المواقف والتفاعلات .

الفصل الثالث : المخدرات

تمهيد

I - المخدرات :

I - 1 - تعريف المخدرات والمفاهيم المرتبطة بها :

I - 1 - 1 - تعريف المخدرات .

I - 1 - 2 - تعريف المفاهيم المرتبطة بالمخدرات .

I - 2 - مراحل إدمان المخدرات .

I - 3 - تصنيف المخدرات .

I - 4 - طرق تعاطي المخدرات .

I - 5 - شخصية المدمن .

I - 6 - النظريات المفسرة لإدمان المخدرات .

I - 7 - أضرار المخدرات .

I - 8 - الوقاية من إدمان المخدرات .

I - 9 - علاج إدمان المخدرات .

II - المخدرات في الجزائر :

II - 1 - وضعية المخدرات في الجزائر .

II - 2 - العوامل المؤدية إلى تفاقم ظاهرة المخدرات في الجزائر .

II - 3 - المخدرات في التشريع الجزائري .

II - 4 - تأثير استهلاك المخدرات في الجزائر .

II - 5 - سياسية الجزائر في مكافحة المخدرات .

II - 6 - علاج المخدرات في الجزائر .

خلاصة .

تمهيد :

لقد شهدت العقود الأخيرة في القرن العشرين تطورات كثيرة وسريعة في شتى ميادين الحياة، وتطورت مع ذلك الأساليب التي يعيشها الإنسان، وازداد الاتصال بين دول العالم أجمع، وصاحب هذا التطور مشاكل عديدة ألحقت أضرارا بالأفراد والمجتمعات ومن أهم هذه المشكلات تعاطي المخدرات والإدمان عليها، ولقد أصبحت مشكلة المخدرات تمثل أخطر التحديات الراهنة التي تواجه عالمنا المعاصر، وتهدد استقرار البشرية وأمنها وتقدمها حيث وصل الإنتاج العالمي من المخدرات إلى أرقام قياسية غير مسبوقة . وتعاني الجزائر كبقية دول العالم من ظاهرة انتشار المخدرات بصورة رهيبية حيث أصبحت بالفعل قضية تشكل عبئا على الأطراف المعنية من أجل إيجاد حل لها، وتمثل المخدرات بجميع أنواعها محاولة يائسة لدى الفرد الذي يسعى وراءها للتخلص من المآزق والتغلب على المشاكل التي تعترض سبيله، وعلى الحالات المزاجية المضطربة .

وسنتناول في هذا الفصل أهم تعريفات المخدرات والمفاهيم المرتبطة بها، وكذلك مراحل الإدمان ومختلف تصنيفاتها، كما سنتحدث عن أهم طرق التعاطي والشخصيات الأكثر تعرضا للوقوع في دائرة الإدمان، وأهم النظريات التي حاولت تفسير إدمان المخدرات، مع ذكر أهم الأضرار التي تنتج من جراء استهلاك المخدرات وسنقوم بذكر بعض أساليب الوقاية منها وأهم الطرق المستخدمة في العلاج منها وفي الأخير سنتحدث عن المخدرات في الجزائر .

I - المخدرات :

I-1- تعريف المخدرات والمفاهيم المرتبطة بها :

I-1-1- تعريف المخدرات :

هناك تعريفات كثيرة للمخدرات، وكل تعريف ينظر إلى المخدرات من زاوية معينة حتى وجدنا أن بعض التعريفات لا تعدو أن تكون حصرا أو تصنيفا لتلك المواد مع ذكر أثارها وكيفية تعاطيها . غير أن هناك تعريفات شاملة تكاد تغطي كثيرا من الجوانب المتعلقة بالمخدرات .

أ - التعريف اللغوي للمخدرات :

المخدرات لغة أتت من اللفظ "خدر" ومصدره "التخدير" ويعني "ستر"، بحيث يقال تخدّر الرجل أو المرأة أي استتر أو استتريت. (زبدي مصطفى كمال، 2004، ص19). وكلمة مخدرات اسم جمع مفردة "مخدر"، وتدور مادة "خدر" في اللغة العربية حول معاني الضعف والكسل والفتور. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2002، ص 12) . وتعرف المخدرات لغويا كما جاء في قاموس المنجد بأن المخدر جاء من لفظ خدر وأخدر، وأخدر العضو أي جعله خدرا والخادر هو الفاتر أو الكسلان. (زين العابدين محمد علي رجب، 2004، ص 38) .

ب - التعريف الإصطلاحي للمخدرات :

● التعريف العلمي للمخدرات :

تعرف المخدرات بأنها مادة طبيعية أو مصنعة تدخل في جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير إحساسه وتصرفاته وبعض وظائفه وينتج من تكرار هذه المادة نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية، وتأثيرا مؤذيا على البيئة والمجتمع. (زين العابدين محمد علي رجب، 2004، ص 39) .

كما تعرف المخدرات علميا بأنها مادة جافة ذات أصل نباتي، أو حيواني، أو معدني تستطيع تغيير السلوك. (Michel Mastrogami et Montange, 1980, P201).

● التعريف الطبي للمخدرات :

هي مواد طبيعية ذات أصل نباتي، حيواني أو معدني، أو مركبات كيميائية أو مصنعة قادرة على إحداث تغيير في نشاط العقل وتعديل في سلوك الإنسان الذي يتعاطاها وتحدث لديه تبعية للمادة. (أمزيان وناس، 2007، ص146) .

● التعريف القانوني للمخدرات :

هي مجموعة المواد التي تسبب الإدمان ، وتسبب الجهاز العصبي ، ويحظر تداولها

أو زراعتها أو صنعها، إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك، فالمخدر هو كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الكائن الحي عند تعاطيها وتؤثر على الفرد بطرق متعددة، وتغير من نفسيته وانفعالاته وعواطفه أو تتلف المجتمع. (عفاف عبد المنعم، 2003، ص 48) .

● **التعريف الشرعي للمخدرات :**

أطلق على المخدرات المرفئات " يعني ما غيب العقل والحواس دون أن يسبب ذلك النشوة والسرور " ، أما إذا صحب ذلك نشوة فإنه مسكر .

(<http://www.nodrug.8n.com/html/whatis.htm> 20/07/2007)

وكما ورد في الحديث الذي رواه " أحمد " في مسنده و" أبو داود " في سننه بسند صحيح ، عن " أم سلمة " رضي الله عنها قالت : >> نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل مسكر ومفتر << ، والمفتر في رأي العلماء هو ما يورث الفتور، لأن الفتور هو (الخدر في الأطراف)، والمخدرات على إختلاف أنواعها تورث الفتور. وبما أن المخدرات والخمور تؤدي إلى الفتور والسكر فإنها منهي عنها ومحرمة. كما أمرنا الرسول صلى الله عليه وسلم.(بريك عائض القرني، 2005، ص ص175-176).

والمخدر عند الإمام " القرافي " هو المفسد والمشوش للعقل مثل الحشيش والأفيون .

وعند الخطاب ما يغيب العقل دون الحواس. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2004، ص 32) .

● **تعريف لجنة المخدرات في الأمم المتحدة للمخدرات :**

هي كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا ما استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي إلى

حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر الفرد جسديا ونفسيا وكذا المجتمع. (محمد سلامة غباري، 1991، ص 9) .

وفي الأخير نستنتج من خلال هذه التعاريف أن المخدرات هي كل مادة طبيعية أو صناعية، إذا استخدمت لغير غرض طبي تؤدي إلى حالة من الإدمان هذا الأخير الذي يضر الجسم والعقل، والمجتمع .

I-1-2 - تعريف المفاهيم المرتبطة بالمخدرات :

أ – الإدمان (Addiction) :

• التعريف اللغوي :

يقال في المعجم الوجيز أدمن الشراب ونحوه : أي أدامه ولم يقلع عنه، ويقال أدمن الأمر : أي عليه واطب. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2005 ، ص197) .

• التعريف الاصطلاحي للإدمان :

• تعريف منظمة الصحة العالمية للإدمان :

عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار، ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره . (مدحت أبو النصر، 2004، ص215).

ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي :

أ – ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل .

ب – اعتماد مظاهر فزيولوجية واضحة له.

ج - حالة تسهم عابرة أو مزمنة .

د – رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأية وسيلة .

هـ - تأثير مدمر على الفرد و المجتمع . (عفاف محمد عبد المنعم ، ص34، 33) .

• تعريف ناجي محمد هلال للإدمان :

الإدمان هو استخدام المخدر باستمرار بنسب متصاعدة وبشكل معتاد ولا يمكن الاستغناء عنه لأنه أحدث لدى المتعاطي نوعا من الارتباط النفسي والجسدي به .

(ناجي محمد هلال، 1999، ص 21) .

ب - **اللهفة (Craving) :**

رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي، واللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة . (مصطفى سويف، 1996، ص 18) .

ج - **التعاطي (Drug Abuse) :**

ورد في لسان العرب أن التعاطي هو " تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله "، وعلى ذلك تعد كلمة تعاطي ترجمة دقيقة لمصطلح « Abuse » الذي يعني تناول المتكرر لمادة نفسية، بحيث تؤدي أثارها إلى الأضرار بمتعاطيها وهناك عدة أنواع من التعاطي يمكن عرضها على النحو التالي :

• **التعاطي التجريبي (Experimental Abuse) :**

ويتم من خلال محاولة تجريب مادة مخدرة بغرض التعرف على أثارها أو اكتشاف أثارها، وقد ينتهي التجريب مرة واحدة أو مرتين ، أو قد يترتب على ذلك الاستمرار في تعاطيه .

• **التعاطي بالمناسبة (المتقطع) (Occasional Abuse) :**

ويقصد به تعاطي الفرد المخدر في بعض المناسبات الاجتماعية مثل الحفلات أو الأفراح وغيرها من المناسبات وتختلف هذه المناسبات باختلاف الإطار الثقافي والحضاري للبيئة التي يعيش فيها .

• **التعاطي المنتظم (Regular Abuse) :**

أي التعاطي المتواصل على فترات منتظمة يتم تحديدها بحسب إيقاع سيكوفسيولوجي داخلي خاص بمدى احتياج الشخص لمادة التعاطي .

• **التعاطي المتعدد للمواد المخدرة (Multiple Drug Abuse) :**

أي التعاطي لعدد من المواد المخدرة أكثر من واحدة سواء كان التعاطي لهذه المواد المتعددة معا في وقت واحد أو الانتقال من مادة إلى مادة أخرى عبر فترة زمنية محددة و خصائص التعاطي تتمثل في مايلي :

- 1 - رغبة ولكنها بسيطة في تعاطي العقار أو المخدر .
- 2 - رغبة ولكنها ليست قهرية في زيادة الجرعة .
- 3 - اعتماد نفسي فقط على آثار العقار أو المخدر لا يصل إلى الاعتماد الجسدي .
- 4 - يملك المتعاطي السيطرة التامة على تناول المخدر .
- 5 - يحدث ضرر على الفرد فقط . (زين العابدين محمد علي رجب، 2004، ص ص 32-33) .

د - الاعتماد (Dependence) :

عرفت منظمة الصحة العالمية عام (1973) الاعتماد على أنه حالة من التسمم الدوري أوالمزمن الضار للفرد والمجتمع ، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أوالمصنع ويتصف بقدرته على إحداث رغبة، أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأية وسيلة ممكنة لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره، كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة .

.. (<http://www.mcn.org/su/ar/modules/mysections/viewcatplp?cid=2>)
(20/04/2007)

هذا ويمكن تحديد نوعين من الاعتماد هما :

• الاعتماد النفسي (Dependence psychic) :

يتعلق الاعتماد النفسي بالشعور والأحاسيس، وهو تعود الشخص على الاستمرار في تعاطي عقار ما(طبيعيا أو مصنعا) لما يسببه من الشعور بالارتياح والإشباع ولتجنب

الشعور بالقلق والتوتر، ومن المخدرات التي تسبب اعتمادا نفسيا التبغ والحشيش والقات والكافيين والكوكايين وهو أشدها تأثيرا .

• **الاعتماد العضوي (Dependence physical) :**

يتعلق الاعتماد العضوي بانحراف الأعمال الطبيعية لجسم الشخص بسبب استمراره في أخذ عقار مخدر، بحيث أصبح تناول هذا العقار بشكل دائم ضرورة ملحة لاستمرار حياة الشخص وتوازنه بشكل طبيعي، ويصبح العقار المخدر ضروريا كالطعام والشراب بل أهم من ذلك، ومن المخدرات التي تسبب اعتمادا عضويا المنومات والخمور والمورفين والهيروين.(مدحت أبو النصر، 2004، ص ص 215-216) .

هـ - **الجرعة الزائدة (Overdose) :**

ينطوي هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة ، وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطي أن يتعاطاها من أية مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة فإذا زادت الجرعة عن ذلك لسبب ما في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث أثرا معاكسة حادة ، وتكون هذه الآثار عضوية أو نفسية . (وفيق صفوت مختار، 2005، ص 16).

و - **التسمم (Toxication) :**

حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية، وتنطوي على اضطرابات في مستوى الشعور والتعرف، والوجدان، والسلوك بوجه عام ، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطا مباشرا بالآثار الفارماكولوجية (الكيمائية) الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت، و يبرأ الشخص منها تماما، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت . (وفيق صفوت مختار، 2005، ص 17) .

ز - **التحمل (Tolerance) :**

يشير التحمل إلى تكيف الجهاز العصبي لتأثيرات عقار معين، مما يجعل من الضروري الاستمرار في تعاطي جرعة أكبر من العقار للحصول على نفس التأثير .

(24/07/2007[http://www.alwahm.org/alwahm on17.htm](http://www.alwahm.org/alwahm%20on17.htm))

ويمكن أن يحدث التحمل بفعل عوامل فيزيولوجية أو عوامل نفسية اجتماعية وقد يكون التحمل عضوياً، أو سلوكياً. (مصطفى سويف، 1996، ص 23).

د - الانسحاب (Withdrawal) :

هي الأعراض التي تتجم عن منع تعاطي العقار المخدر أو الكحوليات وسحبها وهي عبارة عن أعراض الانقطاع عن تعاطي المخدرات، بمنعها أو الامتناع عنها وتختلف من مخدر إلى آخر. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005، ص 119) .
وقد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات الاضطراب الفيزيولوجي (العضوي) وتعتبر حالة الانسحاب دليلاً على أنه كانت هناك حالة اعتماد. (وفيق صفوت مختار، 2005، ص 18) .

ط - الشخص المدمن :

• التعريف اللغوي للمدمن :

كلمة مدمن مشتقة لغوياً من " دمن - دمن عليه "، فلان أدمن الشيء إدماناً يقال رجل مدمن خمر أي مداوم على شربها. (زين العابدين محمد علي رجب، 2004، ص 38).

• التعريف الاصطلاحي للمدمن :

• تعريف ناجي محمد هلال للمدمن :

المدمن هو الشخص الذي يستخدم مخدراً أو عقاراً معيناً بنسب متزايدة وبشكل منتظم ولا يستطيع أن يعيش إلا وهو تحت تأثير المخدر، وإذا ماتوقف عن تعاطي هذا المخدر أو العقار يشعر بأعراض نفسية وجسمية مقلقة ومؤلمة، تدفعه إلى السلوك الإدماني والاستمرار في التعاطي، وفي النهاية يتدهور هذا المدمن عضوياً ونفسياً. (ناجي محمد هلال، 1999، ص 22) .

• تعريف قاموس المخدرات للمدمن :

هو الفرد الذي يستخدم نوعاً من المخدرات أو عدة أنواع منها.

(Denis Richard et Jean Louis Senon ,1999 ,P165)

ك - التكيف العصبي (Neuroadaptation) :

مجموع التغيرات العصبية المصاحبة لكل من التحمل، وظهور أعراض الانسحاب وفي بعض الحالات تكون هذه التغيرات مزعجة جدا كما في حالة الأفيونات، ومن الممكن أن ينشأ التكيف العصبي دون أن يلاحظ معه أي مظاهر معرفية أو سلوكية. (مصطفى سويف، 1996، ص 22).

I- 2 - مراحل إدمان المخدرات :

قبل أن يصل المتعاطي إلى مرحلة الإدمان فإنه يمر بالمراحل التالية :

أ - مرحلة التجريب (التجربة) :

وهي الخطوة الأولى نحو عالم الإدمان، وعلى الرغم من عدم انسجام المتعاطي مع هذه المرحلة إلا أنها تسلمه عادة إلى ما بعدها، فمتعاطي الهيروين لأول مرة عادة ما يشعر بالغثيان، إلا أن هذه التأثيرات السيئة، ولسوء الحظ فشلت في ردع معظم المبتدئين، وقد ساعد على ذلك نصائح رفاق السوء الذين يؤكدون للمبتدئين، أن هذه التأثيرات سرعان ما تزول ويحل محلها النشوة والانسجام ، وحين نكافح الإدمان ، فلا بد من سد باب التجربة، وإذا كانت التجربة في جميع المجالات إما أن تؤدي إلى الإقدام أو الإحجام، إلا أنها في عالم المخدرات غالبا ما تؤدي إلى الإقدام، الذي يؤدي بدوره حتما إلى الإدمان .

ب - مرحلة التعاطي العرضي (غير المنتظم) :

وترتبط هذه المرحلة عادة بأصدقاء السوء، الذين يحاولون التأثير على المتعاطي بأن ينسى مساوئ تجربته الأولى مع المخدر، وما صاحب ذلك من أعراض كالسعال والدوار والغثيان ... الخ، ومع إعادة المحاولة مرة ومرة لا يشعر المتعاطي بتلك الأعراض ، ويصبح قريبا من المخدر .

ج - مرحلة التعاطي المنتظم :

وهي مرحلة متقدمة، وكل ما يشغل بال المتعاطي في هذه المرحلة البحث عن مصادر العقار (المخدر)، لكي يضمن توافره باستمرار، حيث يكون التعاطي منتظما (مرة أو مرتين كل أسبوع)، كما يحاول المتعاطي في هذه المرحلة أيضا أن يحصل من العقار على أكبر قدر من النشوة والاستمتاع .

د - مرحلة الاعتماد :

هي المرحلة الأخيرة في سلم الإدمان ، وفيها يدخل المتعاطي إلى الطريق المجهول حيث يصبح المخدر جزءاً من حياة المتعاطي، فيرفض الاستغناء عنه ويقدمه على جميع مقومات حياته، ويبحث عن المال لشرائه، حتى لو كلفه ذلك أن يسرق أو يقتل (محمد كمال زين الدين، 2001، ص ص 38-39) .

I - 3- تصنيف المخدرات :

على الرغم من انتشار المخدرات إلا أنه لا يوجد تصنيف حاسم متفق عليه لأنواعها (حسن مصطفى عبد المعطي، 2002، ص 13) .
لذلك يلجأ الباحثون والمعنيون بقضايا التخدير والمخدرات إلى اعتماد تصنيفات عديدة نذكر منها :

I- 3-1 - التصنيف الأول : حسب طبيعتها ومصدرها

وتقسم المخدرات من حيث طبيعتها ومصدرها إلى ثلاثة أقسام هي :

أ- المخدرات الطبيعية :

وهي المخدرات ذات الأصل النباتي، وهي كل مايؤخذ مباشرة من النباتات الطبيعية التي تحتوي على مواد مخدرة سواء كانت نباتات برية أي تنبت دون زراعة أو نباتات تمت زراعتها منها : الحشيش، الأفيون، الكوكا، القات . (محمد أحمد مشاقبة ، 2007، ص 46) .

ب - المخدرات نصف تخليقية :

وهي مواد مستحضرة من تفاعل كيميائي بسيط مع مواد مستخلصة من النباتات المخدرة على النحو الذي ينتج مادة ذات تأثير أقوى فاعلية من المادة الأصلية.(محمد عباس منصور، 1995، ص 13). مثل المورفين، الهيروين، الكودايين، الكراك الكوكايين.

(<http://www.mok.gov.kw/hotline/drug.com> 30/07/2007)

ج - المخدرات التخليقية :

وهي مواد تنتج من تفاعلات كيميائية معقدة بين المركبات الكيميائية المختلفة ويتم ذلك بمعامل شركات الأدوية، أو بمعامل مراكز البحوث.(محمد عباس منصور، 1995 ص14)، ومن أهمها : المهلوسات، المنومات، المهدئات، الأمفيتامينات، المذيبات الطيارة (http://www.mok.gov.kw/hotline/drug.com 30/07/2007)

I-3-2 - التصنيف الثاني : حسب اللون

أ - المخدرات السوداء :

وهي المواد المخدرة التي تتميز بأن لونها داكن أو يميل إلى السواد، كالحشيش والأفيون .

ب - المخدرات البيضاء :

وهي المواد المخدرة التي تتميز بأن لونها أبيض مثل : المساحيق والسوائل المختلفة التي يتم تعاطيها حقنا أو شربا أو شما مثل الهيروين، والكودايين، والأقراص المنومة أو المنبهة أو المهدئة ... الخ .(حسن مصطفى عبد المعطي، 2002، ص14) .

I-3-3 - التصنيف الثالث : حسب تأثير المادة المخدرة

وتبعا لذلك تصنف المواد المخدرة كما يلي :

أ- المهبطات : وتقسم إلى :

* مهبطات طبيعية : وأهمها الأفيون، ومن أهم مشتقاته : المورفين ، الكودايين ، الثيبايين .

* - مهبطات نصف مصنعة : ومن أهمها :

- الهيروين الذي يشتق من المورفين .

- الهيدرومورفين الذي يشتق من المورفين .

- الأتروفين يشتق من الثيبايين .

* - مهبطات مصنعة : ومن أهمها :

- بديلات المورفين ومن أهمها الميثادون ، النالكسون ، الديميرون .

- المنومات مثل السيكونال، البتوتال، الأميثال .

- المهدئات ومن أهمها الفاليوم، الأتيفان، الروهينول .

ب- المنشطات : وتنقسم إلى :

أ - منشطات طبيعية : وأشهرها الكوكايين، القات .

ب - منشطات مصنعة : ومن أهمها الأمفيتامينات .

ج- المهلوسات : وتنقسم إلى

- مهلوسات طبيعية : ومن أشهرها المسكاليين .

- مهلوسات نصف مصنعة : ومن أشهرها الأسيدي .

- مهلوسات مصنعة : وأشهرها البسيلوكسيين .

د - الحشيش : ومن أهم صورته :

الحشيش ، الماريجوانا ، البانجو . (محمد كمال زين الدين، 2001، ص ص 40-41) .

I-3-4 - التصنيف الرابع : حسب الحجم

تصنف المخدرات حسب الحجم إلى :

أ- المخدرات الكبرى :

مثل الخشخاش ومشتقاته، الحشيش ومشتقاته، الكوكايين ومشتقاته، وهذه المخدرات لها خطورة كبيرة عند استخدامها والإدمان عليها .

ب- المخدرات الصغرى :

وهي أقل خطورة، وتمثل جانبا من العقاقير المستخدمة كعلاج طبي، ويسبب التعود عليها الإدمان، ومن ذلك الكحول، والتبغ ، الكافيين، القات، المهدئات، المواد المهلوسة.(أحمد عبد العزيز الأصفر، 2004، ص35) .

I-3-5- التصنيف الخامس: حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية) DSM IV, (1994).

يصنف دليل تشخيص الاضطرابات النفسية المخدرات إلى (11) صنفًا وهي :

1 - الكافيين (Caffeine) ، 2 - الحشيش (Cannabis)، 3-الكوكايين (Cocaine) .

- 4 - المهلوسات (Hallucinagens) ، 5 - المواد الطيارة (Inhalants) .
 6 - النيكوتين (Nicotine) ، 7 - الأفيونات (Opioids) ، 8 - الفنيسيلايدين (PCP)
 (Phencyclidine) ، 9 - المسكنات (Sedative) ، 10 - المنومات (Hyphontics) .
 11 - مسببات القلق (Anxiolytics) . (محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص 46) .

3-6 - التصنيف السادس : حسب منظمة الصحة العالمية

حسب منظمة الصحة العالمية هناك تصنيفين للمخدرات :

أ - التصنيف الأول : ويتمثل في

- مجموعة العقاقير المنبهة مثل الكافيين والنيكوتين والكوكايين والأمفيتامينات مثل البنزدرين ومثدرين .
- مجموعة العقاقير المهدئة وتشمل المخدرات مثل المورفين والهيروين والأفيون والكحول، ومجموعة الباربيتورات وبعض المركبات الصناعية مثل الميثادون.
- مجموعة العقاقير المثيرة للإخابيل (المغيبات) ويأتي على رأسها القنب الهندي الذي يستخرج منه الحشيش والماريجوانا .

ب - التصنيف الثاني : تتبع منظمة الصحة العالمية تصنيفا آخر يعتمد على التركيب

الكيميائي للعقار وليس على تأثيره ويضم هذا التصنيف ثمانى مجموعات هي:

- 1 - الأفيونات ، 2- الحشيش ، 3 - الكوكا ، 4 - المثبرات للإخابيل ، 5 -
 الأمفيتامينات ، 6 - الباربيتورات ، 7 - القات ، 8 - الفولانيل .

(<http://www.tarbya.net/Articles/viewsection.aspx?Secid=60&Artd=273>)

(19/09/2007)

ومن خلال ما سبق رأينا أنه توجد تصنيفات متنوعة للمخدرات ، حيث كل بحث أو مرجع يعتمد على نوع معين من التصنيفات السابقة الذكر، أما في هذه الدراسة فإن الباحثة سوف تعتمد على تصنيف المخدرات حسب طبيعتها ومصدرها .

مثلما رأينا سابقا تصنف المخدرات من حيث طبيعتها و مصدرها إلى ثلاثة أقسام وهي:

أولا - المخدرات الطبيعية : ومن أهمها ما يلي :

1- الحشيش (Hashish) :

الحشيش هو الاسم العربي لمخدر شرقي يستخرج من نبات القنب الهندي اسمه العلمي (Cannabis Sativa) ، وترجع كلمة (Cannabis) في أصلها إلى كلمة يونانية (Kovabos) أي الضوضاء، نسبة إلى الأحداث التي يحدثها المتعاطون أثناء جلسة التعاطي، وكلمة حشيش مشتقة من كلمة "شيش" العبرية ، ومعناها الفرح وذلك نسبة إلى تأثيره المفرح كما يقول متعاطوه، وأول إشارة إلى الحشيش كانت في القرن الثامن والعشرين قبل الميلاد في عهد الإمبراطور "سينج" الذي علم الصينيين زراعة القنب للاستفادة بأليافه فحسب، ولم تكون آثاره التخديرية قد عرفت بعد .

• تجهيز الحشيش :

لكي يصل الحشيش المستخرج من نبات القنب إلى المتعاطي فإنه يمر بالمراحل الآتية :

أ – تحضر شجيرات القنب وتجفف جيدا في الشمس لمدة أسبوع ، ثم توضع في مكان مغلق أملس الجدران، وتضرب الشجيرات بعصى رفيعة حتى تنفصل القمم الزهرية والأوراق، وتبقى السيقان والأغصان عديمة الفائدة .

ب – في هذه المرحلة تسحق الأوراق الجافة تماما، ثم تغربل .

ج - تعبأ نواتج المرحلة السابقة.

• المكونات الكيميائية للحشيش :

كان لتقدم العلوم الكيميائية في السنوات الأخيرة أن ظهرت طرق دقيقة في تحليل المواد والتعرف عليها، مكنت العلماء من فصل ومعرفة عدد كبير من مكونات الحشيش التي أمكن تقديرها كميًا وكيفيًا ليصل عددها إلى أكثر من (40) مركبا نذكر منها على سبيل المثال :

1- كنابينول CBN، 2- كنابيدول CBD ، 3 – دلتا . (محمد عباس منصور، 1995، ص 53-54-55-56-62) .

• تأثير الحشيش :

أ – تأثير جسدي : ويتمثل فيما يلي

- ضعف في الذاكرة واضطرابها كعدم القدرة على تقدير الزمن والمسافات
 - يؤدي الحشيش إلى تضيق الشعب الهوائية وإصابة المدمن بالتهاب رئوي إضافة إلى السعال المتكرر .
 - الاستعمال المفرط للحشيش يسبب سرطان الرئة .
 - قصور في الكبد وسوء الهضم ، وإسهال متكرر وإمساك .
 - التهاب دائم في ملتحمة العين يصعب الشفاء منه .
 - خفض إنتاج التستوستيرون، مما يؤدي إلى نقص القدرة الجنسية ، وقلة إنتاج الحيوانات المنوية .(صباحي عمران شلش، 2004 ، ص ص 61 -62).
 - انخفاض ضغط الدم، وسرعة دقات القلب .
 - انخفاض مستوى السكر في الدم .(حسين فايد ، دون سنة ، ص 120) .
- ب - تأثير نفسي :** ويتمثل فيما يلي
- الإحساس بالنشوة والإدراك الحسي القوي .
 - الإحساس بالسلبية ومشاعر الاغتراب (حنفي محمود إمام ونور أحمد الرمادي ، 2001، ص280) .
 - اضطراب العمليات المعرفية مثل القدرة على تمييز الألوان، وزمن الرجع البصري .
 - اضطراب الواقع واضطراب الآنية وقد يصل الأمر إلى حدوث الهلوس السمعية والبصرية .
 - يؤدي إلى بعض الأعراض الذهانية كالتفكير السحري، وزيادة الشك والحساسية وقد تظهر ضلالات الاضطهاد .
 - ظهور مشاعر الاكتئاب كإحساس بالعجز، وقلة القيمة والحزن العام .(حسين فايد، دون سنة، ص 121) .

● انسحاب الحشيش :

- يؤدي انسحاب الحشيش إلى مجموعة من الأعراض تتمثل فيما يلي :
- الأرق، فقدان الشهية، الهياج والتوتر، عدم الارتياح والاكتئاب، رعشة الأطراف واللسان، بالإضافة إلى زيادة العرق . (حسين فايد، دون سنة، ص 122) .

2 - الأفيون (Opium) :

اسم الأفيون (Opium) مشتق من الأصل اليوناني القديم (Opos)، والتي تعني (العصير) أو (العصارة)، وذلك لطبيعة الحصول على الأفيون الخام بتجفيف العصارة أما اسمه العلمي فهو (Papaver Somniferum Albyn)، وقد استخدم الأفيون في الأغراض الطبية منذ آلاف السنين، وكان استخدام الأفيون في الماضي مقتصرًا على الأغراض الطبية، وكان يعطى للمرضى عن طريق الفم، أما حالات التعاطي والاعتماد فكانت محدودة جدًا. (وفيق صفوت مختار، 2005، ص ص 38-40).

أما الآن فقد انتشر استخدامه أكثر بتزايد حاجات الإنسان وانتشار الحروب حيث سئم الناس متاعب الحياة، فلجأوا إلى المخدرات ملتجئين الراحة والخمول وعدم التفكير في

سوء حالتهم، ولقد زاد انتشار استعمال الأفيون إلى أن أصبحت إساءة استعماله خطراً اجتماعياً واقتصادياً رهيباً. (عفاف عبد المنعم، 2003، ص ص 52-53).

• مكونات الأفيون :

يحتوي الأفيون الخام على المواد التالية :

- أ - المورفين (10 %) ويستخدم طبياً على شكل حقن كمسكن للألم، ب - الفوسكاين (6 %)، ج - البابا فرين (1 %) ويستعمل طبياً في توسيع الأوعية الدموية.
- د - الكودايين الذي يستخدم في تسكين السعال وتقلص الأمعاء، هـ - الثيبايين والنارسيين (عادل الدمرداش، 1982، ص 11).

• تأثير الأفيون :

أ - تأثير جسدي : يتمثل فيما يلي

- انقباض حدقة العين، - ثقل الكلام، - قصور في الانتباه أو الذاكرة
- اضطراب الوظيفة الجنسية. (عبد الله عسكر، 2005، ص 49).
- الإصابة بمرض السيدا (الإيدز) نتيجة استعمال المدمنين للحقن المستعملة من قبل.
- الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي نتيجة الالتهاب الشديد ويمكن أن يتحول المرض إلى سرطان كبدي.

- التسمم نتيجة سوء استعمال الأفيون، وقد يؤدي هذا التسمم إلى الموت في الكثير من الأحيان. (صبحي عمران شلش، 2004، ص 59) .

ب - تأثير نفسي : يؤدي الأفيون إلى تغيرات في الحالة النفسية مثل
النشوة المصحوبة بالتبليد ، - الابتئاس ، - التأخر النفسي الحركي، - فساد القدرة على
الحكم أو تعطل الوظائف الاجتماعية والعمل (عبد الله عسكر ، 2005، ص 49).

• انسحاب الأفيون :

عندما لا يتعاطى مدمن الأفيون الجرعة المعتادة فإنه يبدأ في معاناة ما يسمى أعراض
الانسحاب، وتتمثل هذه الأعراض في : التثاؤب، العطش وفقدان الشهية، العرق
الغزير، الشعور بالانقباض والضييق، الاكتئاب. (محمد شحاتة ربيع، 2006، ص 148) .

3 - القات (Catha) :

القات شجيرة صغيرة دائمة الخضرة ، وأول من أسماها باسمها العلمي ووصفها وصفا
دقيقا هو عالم النبات السويدي " بيروفررسكال " « Perforsskal »، أما الاسم العلمي
الذي أطلقه على هذا النبات فهو (Catha edulis) .

ويتراوح طول شجرة القات بين خمسة وعشرة أمتار، وأوراق الشجرة بيضاوية مدببة
وهي صغيرة السن يبلغ عمرها أياما أو لا يزيد على أسابيع قليلة. (مصطفى سوييف،
1996، ص 47) .

• مكونات القات :

أهم المكونات الكيميائية للقات هي :

أ - القلوانيات وهي مواد فعالة في القات والتي يعزى لها تأثير القات المنبه و نسبة هذه
القلوانيات في النبات الجاف من (1 % - 18 %) .

ب - الأحماض الأمينية ومادة الكولين .

ج - التتئين وهي مادة قابضة تسبب الإمساك ، وتوجد بنسبة (8 - 14 %) .(محمد كمال زين الدين، 2001، ص105) .

• **تأثير القات :** يمكن تقسيم أهم تأثيرات القات على الإنسان إلى قسمين رئيسيين:

أ - تأثير جسمي :

- سرعة ضربات القلب ، وزيادة ضغط الدم ، - سرعة التنفس ، - التعرق وارتفاع درجة حرارة الجسم ، - اتساع حدقة العين ، - التهاب الفم والمعدة ، - الإمساك
- تليف الكبد، - فقدان الرغبة الجنسية .
- يؤثر القات على لبن الأمهات المرضعات، من حيث الكم والكيف. (محمد كمال زين الدين ، 2001، ص 106) .

ب - تأثير نفسي : يقسم بعض الباحثين التأثير النفسي للقات إلى ثلاثة مراحل على النحو التالي :

- تنبيه الإدراك والحس مع الشعور بالسعادة والنشوة والانسجام، مع الإحساس بالتفاؤل حيث تبدو جميع المشاكل سهلة الحل، فيشعر الإنسان بتفتح العقل ونشاطه لمدة تقترب من ساعتين أو ثلاث .
- حدوث تخدير للإدراك والقوة العقلية .
- خمود القوة العقلية تماما مع فقدان القدرة على الانتباه وضعف الذاكرة حيث تشل جميع القدرات ويتعطل التركيز .(عبد الله عسكر، 2005، ص299) .

• **انسحاب القات :**

عندما يتوقف مدمن القات عن استعمال القات تحدث له حالة من الكآبة، والتوتر والحنين الجارف إلى هذه المادة .(عادل صادق، 1999، ص 108) .

4 - الكوكا :

تتنمي شجيرة الكوكا إلى فصيلة (حمرات الخشب الكتانية) وتنمو في سفوح جبال الأنديز، وفي حوض الأمازون، وعرفت لدى سكان تلك المناطق منذ (500) سنة قبل الميلاد، ونالت شيئا من التقديس عندهم، وكانوا يصنون أوراقها لتساعدهم على تحمل التعب والجوع .

(<http://Phnc.drugs.org/index.php?option=comcontent&task=view&id=222itemid=127> 22/09/2007)

وشجيرة الكوكا لا تنمو إلا في مناخ تتراوح درجة الحرارة فيه من (15 إلى 20) درجة مئوية، وتنمو الشجيرة حتى يصل ارتفاعها إلى متر ونصف (خمس أقدام) وأوراقها ناعمة وبيضاوية الشكل وتنمو في مجموعة من سبعة أوراق في الجذع الواحد
(<http://www.alarbil.jeeran.com/Mokddarathtm> 22/09/2007)

• تأثير الكوكا :

للوكا أثر منه حيث توفر للمتعاطي نشاطاً في وظائف المخ ، وعدم الرغبة في النوم وعدم الشعور بالتعب، غير أنها أثار مؤقتة نزول لتترك المتعاطي منهك الجسد مشتت التفكير، إضافة إلى تأثيرها غير المستحبة على بعض غدد الجسم، وخاصة الغدد الجار كلوية .

<http://www.moh.gov.kw/hotline/drug.htm> 22/09/2007)

ثانياً - المخدرات نصف تخليقية : ومن أهمها ما يلي

1 - المورفين (Morphine) :

سمي بالمورفين (Morphine) نسبة إلى "مورفيس" «Morpheus» إله الأحلام في الأساطير القديمة، ويرجع الفضل لاكتشافه إلى الصيدلاني الألماني الشاب "سيرتورنر" «Serturmer»، الذي تمكن عام (1803) من عزل المورفين عن الأفيون، وقد انتشر استخدام المورفين بعد ذلك لإغراض طبية في العالم الغربي وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك لتخفيف الآلام المبرحة الناجمة عن العمليات الجراحية أو الكسور وكذلك في المرحلة الأخيرة للأمراض التي لا يرجى شفاؤها. (وفيق صفوت مختار، 2005، ص 53) .

ويكون المورفين على شكل مسحوق أبيض بلوري، كما يمكن أن يكون على شكل أقراص أو محاليل للحقن، ويتدرج لون مسحوق المورفين من الأبيض إلى الأصفر إلى البني تبعاً لفتاوته، وهو مر المذاق .

* تأثير المورفين : يتمثل تأثير المورفين فيما يلي

أ - تأثير جسمي :

- يخفض المورفين درجة حرارة الجسم .
- يقلل من الإدراك البولي بتحفيز هرمون الفازوبرسين ، - يضيق حدقة العين .
- ينشط المورفين مراكز التنفس ، - يسبب المورفين تقلص العضلات الملساء فتضعف حركة الأمعاء ويصاب المتعاطي بالإمساك ، وقد يحدث القي .
- يقلل من إفرازات الصفراء والبنكرياس والمعدة .
- يؤثر المورفين على الجهاز العصبي المركزي .

ب - تأثير نفسي :

- الشعور بالاسترخاء وعدم الميل إلى الحركة أو التفكير ، - الشعور بالنعاس الشديد
- حدوث هيجان عصبي شديد ، - قد يشعر المتعاطي بالسعادة والانشراح بسبب النشوة المؤقتة (صباحي عمران شلش، 2004، ص 58) .

* انسحاب المورفين :

عندما يتوقف مدمن المورفين عن تعاطيه ، فإنه تبدأ أعراض الانقطاع في الظهور منها انحراف السلوك، الغيبوبة، انسياب الدموع بكثرة، العرق الشديد، رشح الأنف والقلق الشديد، الأرق، الغثيان، القيء، الإسهال، ارتفاع ضغط الدم نتيجة لانقباض القلب والشرابين . (وفيق صفوت مختار، 2005، ص 54).

2- الهيروين (Heroin) :

الاسم العلمي للهيروين هو (داي اسيتايل مورفين) (Daicetyl Morphine) وهو مخلوق جزئيا من المورفين، وله قدرة كبيرة على إحداث الإدمان اذا ما قورن بالمخدرات الأخرى ، وذلك لفاعليته في تسكين الألم وإحداثه للشعور بالنشوة .

وكان أول من حضر مادة الهيروين هو الدكتور " رايت" « Wright » من مستشفى سانت ماري في لندن وذلك عام (1874) ، وقد تمكن من استخلاص مادة ثنائي خلين المورفين بخلطه بحامض الخليك ، ثم قام بعد ذلك " هنريس دريسر" بالعديد من الدراسات الفزيولوجية لهذا العقار ونشر أبحاثه عنه وأسماه الهيروين وهي كلمة يونانية مشتقة من البطولة، وسرعان ما انتشر استخدام الهيروين كمسكن لجميع الآلام إلا أنه لم

تمضى سوى فترة قصيرة على طرح الهيروين في الأسواق حتى اكتشف الأطباء المهتمون بالصناعات الدوائية أنه من أكثر العقاقير إدماناً، ولقد دفع ذلك الدول إلى عقد الاتفاقيات الدولية التي تحرم صناعته إلا لأغراض محدودة جداً في علاج مرضى السرطان الميئوس من شفائهم. (ناجي محمد هلال، 1999، ص ص 68)

* أنواع الهيروين :

توجد أنواع متباينة منه تتمثل فيما يلي :

- أ - الهيروين رقم (1) : ويسمى الهيروين الأسمر لعدم تنقيته ، ويتكون من قطع كبيرة صلبة ذات رائحة قوية نتيجة الخل الذي دخل في تركيبها .
- ب - الهيروين رقم (2) : يدعى قاعدة الهيروين الجافة ، وهي مادة صلبة يمكن تحويلها إلى مسحوق بتنقيتها بين الأصابع ، ويتراوح لونها بين الرمادي الشاحب والبني الغامق ، أو الرمادي الغامق .
- ج - الهيروين رقم (3) : يكون على شكل حبيبات ، ويخفف المسحوق بالكافيين وتتراوح كمية الهيروين في هذا المسحوق من (25% - 40%) ويضاف إليه مادة الأستركتين والكينين والسكوبالامين ، ويطلق على هذا النوع من الهيروين أسماء عامية مثل السكر البني ، الهيروين الصيني ، ولؤلؤة التين الأبيض .
- د - الهيروين رقم (4) : مسحوق دقيق أبيض منقى بدرجة كبيرة لا يحتوي إلا على القليل من الشوائب، ولكن تجار المخدرات يقومون بإضافة مواد أخرى إليه مثل اللاكتوز، وفي مصر يتم خلط هذا النوع بمواد كثيرة مثل السكر وغيره . (محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص ص 51-52) .

* تأثير الهيروين : تتمثل تأثيرات الهيروين في

أ - تأثير جسمي :

- يعمل على تثبيط الجهاز العصبي المركزي ، وعلى الأخص مناطق الحس في المهاد وقشرة المخ ، - يسبب تثبيطاً لمراكز التنفس في جذع المخ ، - الإصابة بالالتهاب الكبدى، - تقل كفاءة امتصاص الأمعاء للعناصر الغذائية، - انخفاض ضغط الدم - انخفاض مستوى فيتامين (أ). (محمد كمال زين الدين، 2001، ص ص 63-65) .

- حكة في العين والأنف ، - الأمراض التناسلية ، - ألآم بالبطن نتيجة الإمساك .

ب - تأثير نفسي :

- الشعور بالانفصال عن العالم الواقعي

- قلة التركيز.(حسين فايد، دون سنة، ص 85) .

- الشعور في البداية بشعور قوي بالنشوة والانشراح والسعادة والدفء، ويصحب الشعور الأول إحساس بالارتخاء والتحرر من كل توتر وقلق .

- عند أخذ المدمن جرعات كبيرة من الهيروين يشعر بالخوف والأرق .(صبحي شلش عمران، 2004، ص 59) .

*** انسحاب الهيروين :**

يؤدي التوقف عن تعاطي الهيروين إلى مجموعة من الأعراض تتمثل في العرق الإسهال، سرعة دقات القلب ، الأرق ، ارتفاع ضغط الدم ،الاكتئاب ، الغثيان والقي. (حسين فايد، دون سنة، ص86) .

3 - الكوكايين (Cocaine) :

يستخلص الكوكايين من نبات الكوكا ، ففي سنة (1860) تمكن " نيمان "

« Niemann » من عزل العنصر الفعال في النبات ، وأسماه كوكايين ، وتوالت التجارب بعد ذلك على الكوكايين لاستغلاله في الأغراض الطبية، وفي حوالي سنة (1885) اكتشف" كارل كوللر " « Karl Koller » أن الكوكايين يمكن استخدامه كمخدر موضعي لإجراء جراحات العيون دون ألم يذكر.(مصطفى سويف، 1996، ص ص 44-54) .

والكوكايين مادة بيضاء اللون بلورية الشكل تشبه الثلج ، قابلة للذوبان في الماء وإذا مافرك بالأصابع ذاب بينها.(أحمد أبوالروس ، 2003، ص17).

*** تأثير الكوكايين :** يتمثل تأثير الكوكايين فيما يلي

أ - تأثير جسمي :

- سرعة أو بطء ضربات القلب ، - اتساع حدقة العين ، - ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم ، - زيادة العرق ، - الدوار والقيء ، انقباض التنفس ، وألآم الصدر .

- التشوش والتشنج أو الإغماء .(عبد الله عسكر،2005، ص ص 38-39).

ب - تأثير نفسي :

- الاستمرار في تعاطي الكوكايين يؤدي إلى ما يسمى بذهان الكوكايين الذي يشمل ضلالات وهلاوس سمعية ولمسية ، حيث يشعر المدمن بوجود أشياء غريبة على سطح الجلد .

- التقلبات المزاجية ، - إصابة الفرد بالإهمال والكسل .

- تدهور قدراته العقلية مع ظهور السلوك العدوانى .

- اضطراب السلوك الجنسي مثلا الإيذاء الجنسي للأطفال وكذلك سيطرة العادة السرية

- فقدان السيطرة على النفس.(رشا عبد الفتاح الديدي،2001، ص ص 96-97) .

*** انسحاب الكوكايين :**

وأعراض انسحاب الكوكايين تكون في صورة الإحساس بالكسل والرغبة في النوم

والتثاؤب والشعور بالكآبة.(عادل صادق،1999، ص 64) .

كذلك شعور المدمن بالألم الشديد في مفاصله وقيء واضطراب في التنفس وذهول

ويصبح مهملا لنفسه وفي شخصه وملابسه.(أحمد أبو الروس،2003، ص18).

4 - الكودايين (Codaine) :

يوجد الكودايين في الأفيون الخام المستخرج من شجرة الخشخاش بنسبة تتراوح بين

(0.5% - 0.7%) من وزن الأفيون الخام، ولقد تم فصل الكودايين من الأفيون لأول

مرة عام (1882)، والكودايين من العقاقير التي تستخدم بنطاق واسع جدا في مجال

صناعة الأدوية، ويوجد الكودايين على هيئة أقراص تحتوي من (8-15ملغ) من

الكودايين مثل الفيجانين والريفاكود، كما يوجد على هيئة أمبولات وكذلك يوجد الكودايين

السائل، وهناك العديد من العقاقير التي تصنع من الكودايين بعضها أقوى منه مثل

الهيدروكودون، وبعضها أقل مفعولا من الكودايين مثل الفولكادين.(محمد عباس

منصور،1995، ص ص 23-24) .

*** تأثير الكودايين :**

يعتبر مهدئا للسعال والتنفس ، ويعتمد تأثيره إلى حد بعيد على الجرعة المأخوذة منه، وأما من حيث استعماله بطريقة منحرفة فإن خطره الرئيسي يكمن في قدرته على أن يرتبط أو يستعمل بطريقة منحرفة مع مواد نفسية أخرى ، فيحدث بالتالي هبوط حاد في التنفس.(وفيق صفوت مختار، 2005، ص27).

5 - الكراك (Crack) :

مخدر الكراك هو الكوكايين المقطر بالتكسير ، وقد سمي بالكراك لأن رواسب بيكربونات الصوديوم الموجودة في الصخريات تحدث فرقة أثناء التدخين.(سميرة بلعمري، 2007، ص5). ويسمى الكراك بمسميات مختلفة أطلقها عليه رجل الشارع منها (الصخرة) أو (الضربة المميتة)، عند بدء ظهوره في نيويورك عام (1984) . والكراك في اللغة معناه " شق " .

*** طريقة تصنيع الكراك :**

يتم تصنيع هذا المخدر بإعادة تحويل الكوكايين التقليدي إلى قاعدة الكوكايين مرة أخرى باستخدام الماء وبيكربونات الصوديوم ومواد أخرى، حيث يتم الحصول على بلورات نقية تعرف باسم "الصخور" « Rocks »، فتعبأ في زجاجات شفافة صغيرة يتراوح حجمها ما بين (0.5 – 1 سم) ليتم بيعها باسم الكراك .

*** تأثير الكراك :**

عند تعاطي الكراك يتم امتصاصه في الدم بسرعة ويصل إلى مخ المتعاطي في ثواني قليلة لذا أصبح أكثر المخدرات إحداثا للإدمان وسببا للموت، ويعتبر الكراك أخطر نوع من المخدرات لأنه يخرب الجهاز العصبي والجهاز التناسلي مباشرة. (سميرة بلعمري، 2007 ، ص5) .

ثالثا - المخدرات التخليقية :

1 - عقاقير الهلوسة (Hallucinogens) :

هي مواد قادرة على أن تسبب هلوسات وحالات من النسيان، وعقاقير الهلوسة منها أنواع عدة ولكن أهمها : المسكالين (Mescaline) والبسيلوكيبين (Psylocybine) وعقار (LSD) وهؤلاء نوع من أنواع المهلوسات والأكثر استعمالا .
(Michel Reynoud,1984 ,P414) .

وعقار (LSD) مستخرج من حامض ليسيرجيك (L'acide lysergique) من طرف الكيميائي (Albert Hofmon) سنة (1938) ، وهو من أقوى عقاقير الهلوسة وأكثرها نشاطا وفعالية وتأثيره على الدماغ كبير لأنه ينتشر بسرعة إلى جميع أنسجة الجسم كما أنه له آثار نفسية كتغير المزاج واختلال إدراك الزمن ... إلخ .
ويتم تعاطيه عن طريق الفم أو عن طريق التدخين بعد خلطه بالتبغ .

(Denis Richard et Jean et Louis Senon, 1999,PP265-267)

* **تأثير عقاقير الهلوسة :** هناك عدة آثار منها :

تأثير جسمي :

- الإحساس بالبرد الشديد ، - عدم استقرار الحركات ، - تعرق غزير .

تأثير نفسي :

- الإحساس بالخوف والقلق ، ضحك إنفعالي ، - اضطرابات في صورة الجسم .

- تغيرات مزاجية وعاطفية ، - اضطرابات النسيان وخلط في الأفكار

(Michel Reynaud,1984,P415) .

2 - العقاقير المنشطة (المنبهات) (Stimalants) :

وهي مواد تقوم بتنشيط الجهاز العصبي، وأثارها تتناسب طردا مع كمية المادة التي يتعاطاها الشخص، ومن أكثر من يقدم على هذه الأنواع من المخدرات لإدعاءات مزيفة بعض السائقين وخاصة الذين يقومون برحلات طويلة وأسفار بعيدة ، كذلك

عمال المصانع والمقاهي، والطلبة لمساعدتهم على الاستذكار أطول فترة ممكنة كذلك يستخدمها الرياضيون، وهناك عدة أنواع من هذه العقاقير منها الماكستون فورت عقار الكبتاجون وإيثيل بروبين، ولكن أكثر الأنواع شيوعاً واستعمالاً هو الأمفيتامينات (بريك عائض القرني، 2005، ص ص 62-63) .

والأمفيتامينات هي مواد كيميائية تنشط الجهاز العصبي المركزي، وتزيل الإحساس بالتعب وتعطي الفرد إحساساً بالقوة والقدرة البدنية، والمدمن الذي يستهلك جرعات عالية من الأمفيتامينات تظهر عليه أعراض منها الخلط الذهني والبارانويا وهلاوس . (Norbert Sillamy, 1999, P20) .

*** تأثير المنشطات (المنبهات) : من أهم التأثيرات**

أ - تأثير جسمي :

- اليقظة المتزايدة وزوال التعب ، - إتقان مرتفع في المهارات الحركية .
- الدقة العضلية ، - كف الشهية.

ب - التأثير النفسي :

- البارانويا والخضوع لواقع الخطأ .
- القلق ، ونمط السلوك التكراري القهري ، - الهلوسة السمعية والبصرية .

***انسحاب العقاقير المنشطة (المنبهات) :**

يؤدي التوقف عن استخدام العقاقير المنشطة إلى التعب،الاكتئاب، نقص الدافعية الأرق المفرط، ويتنوع الانسحاب الناتج عن هذه العقاقير بتنوع الجرعة والفترة وتكرار سوء الاستعمال .(حسين فايد، دون سنة، ص ص 101-102) .

3 - المنومات (Hyphontics) :

هي مواد كيميائية مصنعة تسبب الهدوء والسكينة والنعاس، وهي التي تستخدم طبياً لتخفيف حالات الأرق، ولكن أسوء استخدامهما فأصبحت تتعاطى بحيث تسبب حالات من الاعتماد .

ويمكن تقسيم المنومات إلى قسمين رئيسيين :

- القسم الأول : منومات مشتقة من حامض الباربيتوريك .
- القسم الثاني : منومات غير مشتقة من حامض الباربيتوريك. (وفيق صفوت مختار ،2005، ص 70) .

*** أثار المنومات :** للمنومات عدة تأثيرات منها

أ - تأثير جسمي :

- ضيق التنفس ، - اضطراب في تناسق الحركات ، - آلام في الكتفين واليدين.
- دوار مع صداع ، - حساسية جلدية ، - جفاف الحلق .

ب - تأثير نفسي :

- عدوانية وهياج ، - هلاوس وفترات من الخلط في الأفكار .
- إضعاف القدرة على التركيز والانتباه (Dictionnaire Vidal,1994,PP608-609)

***انسحاب المنومات :**

يؤدي الامتناع عن المنومات إلى الشعور بالقلق الشديد، وعدم القدرة على الاستقرار في مكان واحد، والأرق المستمر، وعدم القدرة على إدراك الزمان والمكان والهذيان، والرغبة ، والهوسات البصرية، وهذه لأغراض تحتاج لعلاج سريع لأنها تؤدي للوفاة .(وفيق صفوت مختار،2005، ص 78) .

4 - المهدئات (Tranquilliser) :

هي أدوية عامة تنتمي إلى العائلة الكيميائية (بنزوديزيبين) (Benzodiazépines) تعطى لعلاج القلق، وهذه الأدوية تستخدم بوصفة طبية ، لكن مؤخرا أصبحت تشكل مشكلة لأنها أصبحت تستخدم لإغراض غير طبية في العديد من الدول .

(Denis Richard et Jean,Senon , 1999 ,P410)

*** تأثير المهدئات :** تتمثل تأثيرات المهدئات فيما يلي

أ - تأثير جسمي :

- ارتخاء عضلي ، - إحساس بالانتفاضة ، - حساسية في الجلد مع ظهور بقع .

- تأثير نفسي :

- ردود فعل عدوانية وهياج خاصة في بداية التعاطي .
- الشعور بالكآبة والارتعاش ، - الرغبة في الانتحار .
- هلوسة مع خلط في الأفكار . (Dictionnaire Vidal,1994,P1546) .

5 - المذيبات الطيارة (المستنشقات) (Inhalants) :

هي مواد تتطاير ذراتها في الهواء إذا تركت مكشوفة (معرضة للهواء) لذا يجب أن تحفظ دائما في أواني مغلقة، ومن أهم هذه المواد سوائل التنظيف، البنزين، مزيل طلاء الأظافر، مخففات الأصبغة ، مزيل الحبر، وقود الولاعات ، الأصماغ الصناعية بمختلف أنواعها .

* طريقة تعاطي المذيبات الطيارة :

- الاستنشاق المباشر من الإناء أو العبوة .
- وضع المواد فوق قطعة من القماش ثم تستنشق بعمق أو وضع المواد في كيس بلاستيكي .
- خلط المذيبات الطيارة مع العطور وشمها ، أو تخلط مع بعض السوائل وتشرب .

* تأثير المذيبات الطيارة (المستنشقات) : تتمثل تأثيراتها فيما يلي

أ- تأثير جسمي :

- تضر الجهاز العصبي فقد تسبب التهاب الأعصاب الطرفية والشلل، كما تحدث إصابات دماغية قد تؤدي إلى التخلف العقلي أو الجنون .
- إصابات كلوية قد تكون نتيجتها الفشل الكلوي ، - التهاب العضلات .
- إصابة القلب باضطرابات شديدة ، - الهزال والضعف الحركي .

ب - تأثير نفسي :

- التوهان (غياب الإدراك) .
- فقدان الاتزان العقلي لدى المدمن فقد يرتكب جرائم قتل أو اغتصاب . (رددار فتحي حسين،2000، ص ص 73 - 74) .
- الهذيان والتشوش ، - التذبذب الانفعالي، - تأذي التفكير .
- الاندفاعية والإثارة والتهيج . (محمد حمدي الحجار،1998، ص 213) .

I- 4 - طرق تعاطي المخدرات :

تختلف طرق تعاطي المخدرات من صنف إلى آخر ومن شخص إلى آخر وفيما يلي عرض لطرق تعاطي المخدرات على النحو التالي :

I - 4 - 1 - الطريقة الأولى " عن طريق الفم " :

وهنا يستخدم المتعاطي المخدرات عن طريق فمه في سبيل تحقيق اللذة والمتعة وهي الطريقة الأولى التي يعتقد بأن الإنسان قد تناول بها المخدرات، ويتم أخذ المادة المخدرة عن طريق الفم باستخدام عدد من الأساليب منها :

أ - البلع : ويتم تعاطي بعض المواد المخدرة عن طريق البلع على هيئة حبوب أو كبسولات، كما في أقراص الأمفيتامينات والمنومات .

ب- الشرب : وذلك عن طريق إذابة المادة المخدرة في الماء أو في الشاي أو في القهوة وشربها كما في المورفين والكوكايين والباربتيورات...إلخ، وفي الحشيش يقوم الفرد بقطع أوراق أشجار الحشيش وقممه الزهرية ويتم أيضا نقعها في الماء ثم يشربها .

ج - الأكل : ويتم تناول بعض المواد المخدرة عن طريق أكلها، أو تناولها مع الطعام مثل الحشيش، حيث يتم خلطه بمواد دهنية أو بالتوابل .

د - الاستحلاب : ويتم ذلك عن طريق الاستحلاب تحت اللسان ، وفي هذه الطريقة يتم وضع المادة المخدرة تحت اللسان ويتم استحلابها، وفي بعض الأحيان يتم ذلك أثناء شرب القهوة أو الشاي كما هو معروف في الأفيون .

هـ - المضغ : وفي هذه الطريقة يتم وضع أوراق النبات المخدر في الفم، ويتم مضغه مضغاً بطيئاً في الفم، مثل القات.(زين العابدين محمد علي رجب، 2004، ص 67-68) .

I - 4 - 2 - الطريقة الثانية " عن طريق الأنف " :

أ- عن طريق التدخين : يتم تعاطي بعض المواد المخدرة عن طريق التدخين بوسائل متعددة مثل تدخين السجارة أو النرجيلة .

وهناك أنواع متعددة من المواد المخدرة يتم تعاطيها عن طريق التدخين ويأتي في مقدمتها الحشيش والأفيون كما هو في الهند والصين .

ب- عن طريق الاستنشاق : ويقصد بالاستنشاق في هذا المجال شم المواد التي تؤثر على الفرد، وتعطي له نوعا معينا من الارتياح والبهجة والنشاط ، وقد تكون مواد مخدرة وقد تكون مواد طيارة ، فالمواد المخدرة مثل الهيروين والكوكايين التي تكون على شكل مسحوق ، أما المواد الطيارة فهي المواد التي ربما تتواجد في المنزل أو في العمل مثل الورش كالصمغ ، البنزين ، مزيل طلاء الأظافر ...إلخ .

I-4-3- الطريقة الثانية " عن طريق الأوردة أو تحت الجلد في العضل ":

ويتم ذلك عن طريق الحقن، ومن أول المخدرات التي تستخدم طريق الحقن مادة الأفيون ومشتقاته من المورفين والهيروين والكوكايين، وعادة تستخدم هذه الطريقة بهدف الحصول على الأثر المنشود أو اللذة السريعة .(زين العابدين محمد علي رجب ،2004، ص ص 68-69-71-72) .

I-5- شخصية المدمن :

في الحقيقة تتعدد التساؤلات فيما كانت هناك شخصية مدمنة أم لا ؟، لذلك نجد اهتمام العديد من الباحثين بالإجابة عن هذه التساؤلات إلا أنها لم تحمل نتائج بحوثهم التي حاولت أن تربط بين أنماط الشخصية والإدمان أي نتائج حاسمة في اتجاه ارتباط نمط معين من الشخصية بسلوك الإدمان أو بالاستهداف له، ومن ثمة لم يتوفر دليل على أن هناك نمط للشخصية المدمنة .

وبالتالي يرجع الكثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى سمات شخصية معينة تعتبر من العوامل المسهمة في إدمان المخدرات، فأسباب الإدمان ولو تنوعت لا تعدو أن تكون ذات دلالة على أن المدمنين يتميزون بخلل واضطراب في الشخصية حيث يرى "رأفت عسكر" أن هناك علاقة وثيقة بين اضطرابات الشخصية وتعاطي الأشخاص للمخدرات ليخففوا من حدة اضطراباتهم أو ربما ليزيدوا من تفاعلهم مع البيئة التي يعيشون فيها كي تساعد المخدرات على توافق أكثر مع حياتهم.

ولقد دلت العديد من الدراسات في هذا المجال على وجود علاقة بين اضطرابات الشخصية وإدمان المخدرات ، ومن بين هذه الدراسات نذكر بإيجاز مايلي :

الدراسة التي أجراها " سعد المغربي " عام (1966) عن " سيكولوجية تعاطي الأفيون " التي تبين منها أن إدمان الأفيون هو عرض لاضطرابات عنيفة في الشخصية وفي الدراسة التي أجراها " مخرجي وشرر " عن " شخصية المدمن " والتي أجريت على (36) طالبا جامعيًا و(36) طالبة جامعية من متعاطي الأفيون وجد فروق بين غير المتعاطين لأي عقار وبين متعاطي الأفيون في درجة استبصار الذات، كما توصل " هالر وموردكوف " « Heller and Mordmoff » عام (1982) إلى وجود سمتين لشخصية المدمنين: الأولى السيكوباتي، والثانية هي الشخصية المضادة للمجتمع.(حسن مصطفى عبد المعطي، 2002، ص ص 47-48) .

وفيما يلي عرض لأهم السمات الشخصية التي يشترك فيها المدمنون :

أ - الشخصية المتهيبة اجتماعيا :

السمة الرئيسية في هذه الشخصية نمط من الانزعاج الاجتماعي والجنون والخوف من التقييم السلبي الذي يسود حياة أصحاب هذا النوع من الشخصية.(عبد الرحمن إبراهيم ، 2007، ص99)، فالتهيب اجتماعيا شخص خجول يفضل العزلة ويهرب من الناس ومن التجمعات، ولا يقوى على مواجهتهم ولا يقوى على التعبير عن رأيه، ويشعر باضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الناس، وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد المخدرة تزيل خجله وتلغي توتره وتطلق لسانه وتهدئ من فزع قلبه فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة ودون خجل، ويجد نفسه مضطرا لاستعمال هذه المادة كلما اضطرت الظروف لمواجهة مسؤولياته مع الناس، ويلجأ إليها بشكل متقطع أو مستمر وقد يفقده سوء الاستعمال لهذه المادة إلى التعود عليها أو إدمانها ولكن لا علاج لحالته إلا هذه المادة التي يعرف أنها تغير من شخصيته تماما فينعم ولو لوقت قصير بنعمة التعامل الجريء بلا خوف من الناس. (مدحت أبو النصر، 2004، ص ص 220 – 221).

ب - الشخصية الاكتئابية :

يمتاز صاحب هذه الشخصية بمزاج هابط معظم ساعات النهار، والشعور الدائم بالتعب وفقدان الطاقة، كذلك بتناقص في القدرة على التركيز، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات الحاسمة، وتكون لديه مشاعر من اليأس والإحباط الدائم. (عبد الرحمن إبراهيم، 2007، ص ص 93- 94) ، وهذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر، وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها ولكن لاسلوى له إلا هذه المادة التي يعرف أنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذي يفقده بشكل دائم. (مدحت أبو النصر، 2004، ص 22) ، والمدمن عموماً مكتئب ويلجأ للمخدرات للتخفيف من حدة إكتائبه. (أمزيان الوناس، 2007، ص 226).

ج الشخصية السيكوباتية :

من سمات هذه الشخصية أنها اجتماعية بشكل واضح ، تحمل مشاعر العدوانية نحو الآخرين، وتتصف باللامبالاة والكذب والخداع ، ويسعى الشخص السيكوباتي نحو تحقيق ملذاته وإرضاء نزواته على حساب أي إنسان آخر وعلى حساب كل القيم المتعارف عليها من مجتمعه فهو يسرق ويؤذي ...إلخ . (مدحت أبو النصر، 2004، ص 21)، وهذه الشخصية نظراً لأنها تسعى نحو اللذة السريعة فإنها تتعود وتدمن إحدى المواد المخدرة أو المنبهة، ومن الجائز أن نقول إن معظم السيكوباتيين يلجأون لمثل هذه المواد المخدرة . (عادل صادق، 1999، ص 32) .

د - الشخصية القلقة :

نعاني هذه الشخصية من القلق والتوتر، وسهولة الاستثارة والعصبية والاندفاع وعدم الصبر مما يعرضه للخطأ، وغالباً ما يدمن الشخص المكروب حتى يقلل من مشاعر القلق والتوتر ليحل محلها الاسترخاء والطمأنينة ،حيث يكتشف أن بعض المواد المخدرة تزيل كل التوترات وتجعله هادئاً بارداً ومسترخياً ومتأنياً، ويجد نفسه مضطراً لاستعمال مثل هذه المواد ومن ثمة التعود عليها أو إدمانها. (مدحت أبو النصر، 2004، ص 21)، ولكن لا خلاص له من عذابه إلا بهذه المواد المخدرة التي تمحو كل مشاعر القلق والتوتر وتحل محلها الاسترخاء والطمأنينة . (عادل صادق، 1999، ص 31).

هـ - الشخصية البينية (الحدية) :

تتسم هذه الشخصية بعدم الاستقرار أو الثبات في العلاقات الشخصية المتبادلة مع الاندفاعية الواضحة، كذلك التهديد بالانتحار، وكذا عدم الثبات الانفعالي. (محمد حسن غانم، 2006، ص 207)، كما تمتاز بعدم تحمل الوحدة واضطراب الهوية بين الاندماج والتفكك، فالمخدرات أصبحت البديل للموضوع لفقدانهم القدرة التوافقية في العلاقة بالأخر، حيث المخدرات تزودهم براحة وقتية من الألم النفسي نتيجة ذلك .

(رأفت عسكر، 2004، ص ص 55- 56) .

و - الشخصية النرجسية :

تتصف هذه الشخصية بالانشغال المفرط بما يتعلق بتقدير الذات، وتطالب بالحصول على الإعجاب الشديد، وتفتقر إلى التعاطف مع انشغال دائم بخيالات النجاح الذي لايعرف حدودا. (محمد حسن غانم، 2006، ص 208)، ومن ثمة فإن الاعتماد على المخدر لكي يعوض المدمن ضعف النرجسية، لكون معظم المدمنين متمركزين حول ذواتهم. (رأفت عسكر، 2004، ص 56) .

ز - الشخصية الاعتمادية (الاتكالية) :

يتصف صاحب هذه الشخصية، بالشعور بصعوبة اتخاذ قرارات الحياة اليومية دون اللجوء إلى نصح الآخرين، كذلك يحتاج في أحيان كثيرة أن يتولى غيره المسؤولية ويجد مشقة في التعبير عن اختلافه في الرأي مع الآخرين لخوفه من فقدان دعمهم إلى غيره من الصفات . (محمد حسن غانم، 2007، ص 343) ، لذلك تكون لديه حاجة مستمرة للاعتمادية، وبتعاطيه للمخدرات يشبع تلك الحاجة وذلك بتزويد نفسه عن طريق تأثيرات المخدرات السارة وإن كانت مؤقتة بمشاعر الدفء والراحة . (أمزيان الوناس، 2007، ص 214) .

ح - الشخصية الماسوشية :

وتتسم هذه الشخصية بشعورها بالسعادة عندما تكون هي الضحية، وتجذ لذة في تعذيبها لنفسها، كما تجذ اللذة في أن يقوم الآخرين بتعذيبها وإيلاها سواء أكان هذا الإيلاام جسديا أم نفسيا إلى غيره من السمات . (محمد حسن غانم، 2007، ص 346) لذلك

يلجأ صاحب هذه الشخصية إلى المخدرات لأنها تجعله يستمر في العذاب ويستسيغ القلق والتمزق الذي يشعر به من جراء المخدرات .

(http://elzayem.com/new_page_87.htm 02 /08 /2007)

ك - الشخصية غير الناضجة :

وتتسم هذه الشخصية بالعجز عن إقامة علاقات هادفة مع أشخاص آخرين (عفاف عيد المنعم ،2003،ص80)، فصاحب هذه الشخصية يثور بسرعة وينفعل لأتفه الأسباب ويضخم الأحداث البسيطة لضيق أفقه، ثم يهدأ ويعتذر، وبعد ندمه يعود فيكرر نفس الأسلوب، ولذلك يلجأ إلى المواد المخدرة ليتحكم في انفعالاته .

(<http://www.youthbishopic.com/libray/articleslibrary/arabic%syouth%scyouth1%56youth1c.htm> 02/08/2007)

ي- الشخصية البارنوية :

ويشعر صاحب هذه الشخصية أن مستواه أرقى من مستوى باقي الناس، فإذا عاملته على أنه إنسان عادي فإنه يشعر بأنه مضطهد ومهان لذلك لا يربط أية علاقات مع الناس وتكون المواد المخدرة أعز صديق له.(صبحي عمران شلش،2004،ص23).

I- 6 - النظريات المفسرة لإدمان المخدرات :

I- 6 - 1- النظرية البيولوجية :

أ - التفسير الوراثي :

يفسر هذا الاتجاه ظاهرة إدمان المخدرات بأنها عملية وراثية، وقد استمدت هذه البيانات بناء على نتائج الدراسات التي اهتمت بدراسة علاقة الوراثة بالإدمان، والتي اتبعت عدة مناهج متباينة كمايلي :

1- دراسة الحيوانات في المختبر :

تمكن العلماء من تدريب الفئران في المختبر على شرب محلول يحتوي على الأفيون ثم تبين أن جزء من سلالة الفئران المدمنة تدمن هذه المادة بدون أن تدرب على تعاطيها. (حسين فايد، 2004، ص ص 355) .

2 - دراسة التاريخ العائلي :

في هذا الصدد أظهرت العديد من الدراسات أن معدلات الإدمان كانت عالية بين أسر المدمنين مقارنة مع أسر غير المدمنين، كما أظهرت أيضاً أن معدلات خطورة إصابة أطفال المدمنين بالإدمان تتراوح ما بين ثلاثة إلى أربعة أضعاف .

3 - دراسات التوائم :

تعتبر دراسة " كايج " « Kaig » من الدراسات التي تعكس وجود علاقة بين الجينات الوراثية والإدمان، فمن خلال دراسته للتوائم اتضح أن الإدمان أكثر انتشاراً بين التوائم المتماثلة عن التوائم غير المتماثلة .

كما دراسة " هروبيك أومين " « Hrubec Omenn » أعطت دوراً كبيراً لأهمية العامل الوراثي في حدوث الإدمان .

4- دراسة التبني :

أوضحت نتائج الدراسات أن الأبناء الذين تم عزلهم عن آبائهم الأصليين المدمنين ووضعهم عند آبائهم بالتبني قد أبدوا اتجاهات إيجابية نحو الإدمان ، ففي دراسة أجراها الدانماركي "جودوين وزملائه" « Goodwin et al » أن معدل انتشار الإدمان بين أبناء المدمنين يبلغ أربعة أضعاف مقارنة بأبناء غير المدمنين.(ناجي محمد هلال، 1999، ص ص 32-34-35) .

ب - التفسير الفزيولوجي :

تنسحب اهتمامات هذا الاتجاه أساساً إلى البناء الكيميائي للمخدر من ناحية وأثاره على البدن من ناحية أخرى، كما يهتم هذا الاتجاه بتفسير حدوث الاعتماد، وفي هذا الصدد يشير العلماء إلى أن هناك مواداً يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين آلامنا والتي تعرف باسم

(الأندوفينات) (Endorphins) و(الانكفالينات) (Enkephalin) وهي مواد تشبه في تركيبها مشتقات الأفيون، أي أن هناك أفيونا داخليا يفرز من مخ الإنسان ويبدو أن المدمن هو إنسان كان حظه أقل في أفيون المخ ولذلك يلجأ إلى أفيون الشجرة .(حسين فايد، 2004، ص 257) .

بالإضافة إلى العوامل البيوكيميائية حيث يؤدي تعاطي العقاقير المسببة للإدمان إلى زيادة نشاط بعض الموصلات العصبية والتي تعمل على تسكين الألم والتخفيف من حدته وتغير الوجدان، ومع التعاطي المستمر للعقار يستمر إنتاج هذه الموصلات العصبية في التناقص بالمخ ، تاركا الفرد في حاجة إلى المزيد والمزيد من العقار للحصول على هذه الآثار السارة. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006، ص 212) .

I- 6- 2- نظرية التحليل النفسي :

إهتم التحليل النفسي بمشكلات الإدمان منذ بداياته الأولى حيث أن " فرويد" يعتبر أن الاستمناء أول وأضخم عادة يمكن إدمانها وأسمائها (الإدمان الأولي)، ويرأى أن الادمانات الأخرى مثل إدمان المورفين ... إلخ كلها بدائل لعادة الاستمناء.(رشا عبد الفتاح الديدي، 2001، ص 71) .

وتنظر مدرسة التحليل النفسي للإدمان على أنه عرض أكثر من كونه سببا لمشكلات سلوكية أو انفعالية، فبعض التفسيرات ترجعه إلى التثبيت الفمي ، مع ضعف الأنا الأعلى مما يسمح لاندفاعات الهو أن تتم بدون رادع أو لوم ، وثمة تفسير آخر نشأ في هذه المدرسة يرى أن عدم مقدرة الأم أو الأسرة على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية في المرحلة المبكرة ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حول إشباع هذه الحاجة ، وبذلك فإن الطفل لا يطور القدرة على تأجيل الإشباع، وهذا التحمل المنخفض للإحباط يظهر في صورة سلوك اندفاعي مثل الغضب أو في صورة إدمان للمواد المخدرة .(محمد السيد عبد الرحمن، 2002، ص ص 94-95) .

كما يوجد تفسير آخر تأتي به هذه النظرية ترى فيه أن الإدمان ناتج عن اضطراب العلاقة مع الموضوع حيث أن المخدر يعوض هذا الموضوع، كما تؤكد هذه النظرية على

الارتباط بين الإدمان وبعض سمات الشخصية كالنرجسية، وانخفاض مستوى تقدير الذات والاعتمادية. (Pierre Angel et Denis Richard et Marc Valleur, 2000, p146).

I-6-3 - النظرية السلوكية :

ترى المدرسة السلوكية بأن غالبية سلوك الإنسان متعلم، لذا فهي تسمى بنظرية التعلم وعلى ذلك فتعاطي المخدرات من وجهة نظر السلوكية، ماهو إلا عادة شرطية تتكون بواسطة التعلم في بادئ الأمر وبين مفعول المخدر، وتستمر هذه العادة عن طريق ما يسمى بالتدعيم الإيجابي في نظر المتعاطي، كأن يكون المخدر جالبا للسعادة، أو منسيا لهم، أو مخفضا للقلق، أو مزيلا للخوف، ومع استمرار التعاطي، يدخل المتعاطي في دائرة الإدمان، وبهذا فإن الإدمان يفسر سلوكيا بالعائد الذي يحدثه مفعول المخدر والذي يدفع المتعاطي لأن يكرر التجربة مرة أخرى ثم مرات عديدة، بحيث يحول العائد دون التفكير في الامتناع عن تعاطي المخدر وبهذا يحدث الإدمان، وهو الخوف الفعلي من الامتناع عن التعاطي، وعليه تتكون لديه استجابة التجنب الشرطي الداعية للاستمرار وهو ما يسمى بمبدأ الثواب الذي يحدثه المخدر. (عبد العزيز بن عبد الله البريثن، 2002 ص 116) .

I-6-4 - النظرية المعرفية :

تؤكد النظرية المعرفية على أن الناس لا يقعون فجأة وبشكل لا يقبل التفسير ضحايا لإدمان المخدرات، حيث أنهم يتطورون بشكل نشط في استخدامهم للمخدر، وتلعب اتجاهاتهم ومعتقداتهم ونواياهم وتوقعاتهم دورا مهما في هذا التورط مع المخدر. (س لنيدزاي وج. بول ترجمة صفوت فرج، 2000، ص 440) .

ويؤكد أصحاب هذه النظرية على دور التوقعات الايجابية من تعاطي المخدر على استمرار التعاطي وزيادة الجرعة منه، أيضا المعتقدات غير الواقعية تلعب دورا كبيرا في حدوث الإدمان، حيث يعتقد البعض أن المخدرات تزيد من القدرة الجنسية، وأنها تجعل الفرد يستطيع التعبير عن مشاعره بصورة أفضل. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006، ص 214) .

أيضا إحكام السيطرة على التوتر والحزن والمشاعر المؤلمة التي تعترى الفرد وتوفير مشاعر الراحة ... إلخ من المعتقدات غير المنطقية التي تعترى ذهن الفرد والتي تؤدي به

إلى استخدام المواد المخدرة ومن ثمة الوقوع في الإدمان، كذلك فالإدمان هو ناتج عن الطريقة التي يفسر بها الفرد المواقف الحياتية التي يمر بها، والأفكار التي تراود الأفراد بشأن هذه المواقف، هذه الأفكار التي تؤدي بالأفراد إلى الشعور بالألم والكدر والحزن والقلق فتجدهم يلجأون إلى المخدرات كحل للحصول على الراحة والتخلص من كل تلك المشاعر المؤلمة. (ويندي دارين ووالتر ماتويتشك ترجمة خالد العامري، 2006، ص ص 19-26).

6-5 - نظرية التعلم الاجتماعي :

تذهب نظرية التعلم الاجتماعي إلى أن الجماعات المرجعية لها دور كبير في بلورة السلوك الاجتماعي، إذا تؤكد النظرية على أن سلوكيات الإنسان هي سلوكيات متعلمة من الآخرين، عن طريق المحاكاة والاختلاط، فالطفل يتعلم كيف يأكل وكيف ينام بواسطة الجماعة المرجعية (الأسرة) ، فالسلوك الإنساني سلوك غير موروث وإنما يكتسبه الإنسان عن طريق التعلم وبواسطة التفاعل والتواصل مع أشخاص آخرين، وقد تكون الجماعة المرجعية تنتهج سلوكا إيجابيا وهذا محفز إلى أن تكون سلوكيات أفراد الجماعة سلوكيات إيجابية، وقد تكون الجماعة المرجعية تنتهج سلوكا سلبيا وهذا محفز إلى أن تكون سلوكيات الأفراد سلبية ويؤكد أصحاب هذه النظرية على مفهوم التقليد حيث يختار الفرد لنفسه مثلا يحذو حذوه ، كما يؤكدون على ظاهرة الاندماج التي تعني ضرورة اندماج الشخص مع الجماعة وعلى ذلك تفسر نظرية التعلم الاجتماعي تعاطي المخدرات والإدمان عليها، بأنه سلوك متعلم، ناتج عن مخالطة المتعاطي للجماعة المرجعية (المتعاطين) بحيث يستمر الفرد في التعاطي ليشعر بالانتماء إلى الجماعة كما أن الجماعة تدعم هذا السلوك، لتشعر بالانتماء للجماعة، كما أن الجماعة تدعم هذا السلوك. (عبد العزيز بن عبد الله البريشن، 2002، صص 107-108) .

6-6 - النظرية الاجتماعية :

إن التفسيرات الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات تعزو الظاهرة إلى الفقر وسوء الأحوال الاقتصادية، كما تركز على العوامل الأيكولوجية التي يعيش في ظلها المدمنون

كذلك البناء والنظام الاجتماعي والحضاري القائم على التنافس.(حسين فايد ، دون سنة، ص216) .

ومن العوامل الاجتماعية الأخرى المسببة لإدمان المخدرات التغيرات في تقاليد المجتمع والاضطراب في علاقة الأزواج بسبب التنافس بين الرجل والمرأة حول السلطة وخروج المرأة للعمل، واضطراب العلاقة بين الأباء وأبنائهم وخاصة بين الأم وأبنائها بسبب خروجها للعمل وغيابها المتواصل.

(Sylivis Angel et Pierre.,2002,P181)

كما تؤكد النظريات الاجتماعية على أن تخطب المجتمع وعدم وضوح الرؤية وغياب الأهداف القومية وغياب القدوة، ونقص مشاركة الشباب ، وعدم وجود دور واضح لهم في المجتمع والإحباط الجماعي لقدراتهم .(أحمد عكاشة، دون سنة ،ص563)، أيضا تؤكد هذه النظرية على أهمية جماعة الرفاق وتأثيرها على السلوك إذ أثبتت أبحاث كثيرة في العصر الحاضر على دور العصابة السيئة كعامل أساسي في إدمان المخدرات، كما ترجع إدمان المخدرات إلى بعض وسائل الإعلام كالإذاعة والتلفزيون والسينما التي قد تؤدي أحيانا من خلال ماتقدم أو تعرض من أفلام ومسلسلات إلى الانخراط في دائرة الإدمان للمخدرات.(ناجي محمد هلال،1999، ص ص45-48) .

I-6-7 - النظرية النفسية الاجتماعية :

يهتم أصحاب هذه النظرية بالتركيز على الجوانب الاجتماعية في تفسير اضطراب الشخصية وانحراف السلوك، حيث تكون العمليات التي تحدث السلوك هي في الغالب عمليات خارجة عن إطار الشخصية وقوى اللاشعور، بمعنى أن هذه النظرية تنظر إلى الإدمان على أنه وسيلة دفاع ، أو وسيلة هروب من المواقف الخارجية التي لا تحتمل، وبناء على هذه النظرية يمكن القول بأن الإدمان يؤدي إحدى وظيفتين: الأولى هي الهروب من الواقع الضاغط، الذي لم يتمكن المدمن من مواجهته، والثانية أن الإدمان ميكانيزم دفاعي يمنع ظهور الأعراض النفسية التي قد تدمر الذات، وفي الوقت نفسه تعاطي المخدرات ميكانيزم ذو صفة دائرية بمعنى أن الاستمرار في التعاطي يزيد من مرضية الأنا .

وترتكز النظرية النفسية الاجتماعية في تفسير الإدمان بشكل عام على الفرضيات التالية :

- 1- إن الإدمان قد يكون عدوانا موجها نحو الذات نتيجة الشعور بفقدان الأمن .
- 2- إن الإدمان قد يكون عدوانا موجها نحو الغير يتمثل في تهريب المخدرات وترويجها.
- 3- إن الإدمان قد يكون ناتجا عن اضطراب في العلاقة بين الأهداف الشخصية والحاجات الاجتماعية .

4- إن الإدمان قد يكون سلوكا تعويضيا لإثبات الذات التي عجزت عن إثبات نفسها بالشكل السوي، بمعنى أن الإدمان ناتج عن اضطراب التفاعل بين الذات والآخرين. (عبد العزيز بن عبد الله البريثن، 2002، ص ص 120-121) .

I-6-8- النظرية التكاملية :

نظرا لوجود عدد من النظريات المختلفة لتفسير الإدمان ، ظهرت النظرية التكاملية التي تجمع بين العناصر النفسية والسلوكية المتنوعة والنظريات البيولوجية ذات العلاقة بتفسير هذه الظاهرة، وهي تستند على وجود دليل يشير إلى أن التعاطي يحدث نتيجة التفاعل المعقد بين العوامل النفسية والعلاقات الاجتماعية والتأثيرات البيئية الأخرى والعوامل البيولوجية التي تؤدي إلى مستوى لإمكانية حدوث التعاطي، من هنا نرى أن كل نظرية من النظريات المفسرة للإدمان حاولت استكشاف جزء من الخلل الذي يؤدي بالفرد إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها. (محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص 67) .

تعليق عام على النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات :

ترى الباحثة أن النظريات الخاصة بتفسير الإدمان على المخدرات قد ركزت كل واحدة منها على بعد معين، فقد أرجع التفسير البيولوجي الإدمان على المخدرات إلى عوامل وراثية، وقد أرجع التفسير الفسيولوجي الإدمان إلى البناء الكيميائي للمخدر، أما نظرية التحليل النفسي فترجع الإدمان إلى البنين السيكلوجي غير السوي للمدمن

وإلى سوء العلاقة مع الموضوع ، وعلى أساليب التنشئة الخاطئة كذلك إلى انخفاض تقدير الذات والاكتئاب واضطرابات القلق، أما النظرية السلوكية فقد أعطت تفسيراً للإدمان على المخدرات في ضوء محكات متعددة من أهمها التدعيم الإيجابي وتناسي الألم وتخفيض التوتر، والعائد الذي يحدثه مفعول التوتر والذي يؤدي إلى تكرار سلوك التعاطي ومبدأ الثواب، أما النظرية المعرفية فترجع الإدمان على المخدرات إلى مجموع الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية الخاطئة لدى الفرد حول المخدرات .

أما نظرية التعلم الاجتماعي فقد ركزت على الجماعة المرجعية وأثرها في تعلم سلوك إدمان المخدرات أما بالنسبة للنظرية النفسية الاجتماعية فهي تعتبر أن الإدمان ناتج عن الهروب من الواقع كذلك ناتج عن اضطراب العلاقة مع البيئة الاجتماعية والأهداف الشخصية، أما عن التفسيرات الاجتماعية لظاهرة إدمان المخدرات فهي تعزوها إلى اختلال النظام الاجتماعي وتخبط المجتمع ، وإلى وسائل الإعلام .

ومن خلال عرض هذه النظريات نلاحظ أن كل واحدة منها ارتكزت على بعد معين في تفسير ظاهرة إدمان المخدرات ، وبالتالي لا يمكن الاكتفاء بإحدى هذه النظريات، لأنه لا يمكن إرجاع سبب تعاطي المخدرات وإدمانها إلى سبب واحد حتى وإن ظهر لنا ذلك حيث لا بد أن تكون هناك عوامل أخرى مستترة، ساهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في اللجوء إلى إدمان المخدرات، فغالبية السلوكات تحدث نتيجة عوامل متعددة (بيولوجية، نفسية، سلوكية، معرفية، اجتماعية) توافقت مع بعضها في صورة ديناميكية داخلية معقدة ، لذلك تبقى النظرية التكاملية أحسن النظريات التي تقدم لنا تفسيراً مقنعاً إلى حد ما لظاهرة الإدمان على المخدرات .

I-7- أضرار المخدرات :

أكدت جميع الأبحاث العلمية والمؤتمرات الدولية خطورة تعاطي المخدرات والإدمان عليها، وما ينتج عنها من أضرار عديدة سواء على المستوى الفردي أو على مستوى المجتمع وهي كالتالي :

أ - الأضرار الجسمية (العضوية) للمخدرات :

لإدمان المخدرات أضرار جسمية عديدة تتلخص فيما يلي :

- 1 - إتلاف الكبد وتليفه .
 - 2- التهاب في المخ ، وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكون المخ .
 - 3- اضطرابات في القلب كالذبحة الصدرية ، وارتفاع في ضغط الدم .
 - 4- التأثير على النشاط الجنسي .
 - 5- اضطرابات في التنفس .
 - 6- مشاكل صحية لدى المدمنات الحوامل مثل فقر الدم، ومرض القلب والسكري و التهاب الكبد والرئتين والإجهاض .
 - 7- قد تسبب بعض الأمراض الخطيرة مثل سرطان الرئة ، والبلعوم، وسرطان المعدة وسرطان الكبد .(بريك عائض القرني،2005 ، ص ص 124-126) .
 - 8- فقدان الشهية للطعام .
 - 9- خلل في الوظائف الهضمية كسوء الهضم ، وانتفاخ البطن .
 - 10- التهابات الأغشية المخاطية .
 - 11- الإصابة بمرض نقص المناعة (السيدا) .
 - 12- قد يؤدي استخدام المخدرات خاصة بجرعات زائدة إلى الموت .
- (Chloé Carpentier et Jean Michel Costes , 1995,P 68)

ب - الأضرار النفسية للمخدرات :

الأضرار النفسية لإدمان المخدرات كثيرة ومتعددة منها :

- 1 - خلط عقلي حاد .
 - 2- بعض الأمراض الذهانية كالبارانويا والفصام .
 - 3- سلوكيات ضد اجتماعية ، وعدوانية .
- (Chloé Carpentier et Jean Michel Costes , 1995,P 68)
- 4 - قلة الإدراك ونقص في الذاكرة .
 - 5- اضطراب التفكير .
 - 6- عدم السيطرة على السلوك .
 - 7- السلبية والاكتئاب .

8- محاولة الانتحار أحيانا . (إجلال محمد سري، 2003، ص 82) .

9- القلق والخوف .

10 - عدم التناسب الانفعالي، حيث ترى المدمن يضحك ويبيكي من دون سبب مثير لهذا البكاء أو الضحك .

11 - اختلال الأنية حيث يحس المدمن بأن ذاته متغيرة ، فيحس بأنه شخص متغير تماما.

(بريك عائض القرني، 2005، ص 131) .

ج - الأضرار الاجتماعية للمخدرات :

1- للمخدرات أثر سيء على التنشئة الاجتماعية حيث تبين أن نسبة كبيرة من مدمني المخدرات كانوا يعيشون في أسر كان الأباء أو الإخوة يدمنون، كما تؤدي إلى تفكك الأسرة وانحراف الأحداث .

1- كما يؤدي إدمان المخدرات إلى مشاكل أسرية من بينها الطلاق، حيث أن المدمنين لديهم استعداد أكثر من غيرهم للانفصال .

2- تؤدي المخدرات إلى انتشار الجريمة، حيث أن غالبية المجرمين يرتكبون حوادث القتل وهم تحت تأثير المخدر، كما تتسبب أيضا في انتشار الحوادث المرورية .

(Thomas J et al,1998 , PP310-311)

كما أشارت دراسة الفوال عام (2006) إلى أن تعاطي المخدرات يجعل الأفراد قربين للغاية من الانخراط في العديد من السلوكيات الانحرافية والإجرامية، حيث يرتكبون جرائم العنف أو الاغتصاب، أو السلوكيات الشاذة مثل الدعارة .

3- سوء التوافق الاجتماعي وعدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية المتعلقة بالمجتمع بصفة عامة، أو المتعلقة بالأسرة والعمل. (عايد علي الحميدان، 2007، ص 34).

د - الأضرار السياسية والاقتصادية للمخدرات :

1- الأراضي الضائعة التي تشغل بزراعة المخدرات كالحشيش والقاق وغير ذلك ،ولو أنها شغلت بزراعة الخضار والفواكه لكان خيرا .

- 2- الجهود الضائعة بسبب ضعف قدرة متعاطي المخدرات عن العمل والإنتاج كما وكيفا وبالتالي يقل إنتاج المجتمع الذي هو حسيطة إنتاج الأفراد .
- 3- إن ماينفق من الأموال على الإدارات لمكافحة المخدرات وماينفق على علاج مدمني المخدرات كل هذا يعد جزء ضائعا من الثروة الوطنية .(مختار إبراهيمي، 2005، ص54) .
- 4- تعد المخدرات من أسلحة الحرب التي توجهها القوى المعادية إلى صدور وعقول الشعوب المستهدفة، فهي تعتبر أسلحة أشد فتكا من أسلحة الحروب التقليدية حيث يستخدمونها كيفما يشاءون لتفتيت قدرات وأنشطة الشعوب المستهدفة .
- 5- الحركات الانفصالية في العالم تغذيها أموال تجار المخدرات .
- 6- هز الكيان السياسي لأية دولة إذا لم يكن في وسعها بسط نفوذها على كل أقاليمها ، فلقد ثبت أن كثيرا من مناطق زراعة المخدرات في أنحاء متفرقة من العالم لا تخضع لسلطات تلك الدول التي تقع ضمنها .
- 7- إفشاء أسرار والمعلومات عن الوطن .(بريك عائض القرني، 2005، ص ص 162-167) .

I-8- الوقاية من إدمان المخدرات :

قد يتفق الجميع على أن الوقاية فعلا خير من العلاج ، وأن الوقاية من حدوث أية مشكلة إنما يجب أن تكون سابقة لعلاج هذه المشكلة ، فكما كانت هنالك وقاية قائمة على الوجه الصحيح ، كلما قلت الجهود المبذولة نحو العلاج، لذا فإن التركيز الأول يجب أن يكون منصبا على وسائل الوقاية من ولاء المخدرات .

I-8-1- مفهوم الوقاية :

1- الوقاية في اللغة مشتقة من الفعل وقى، ويقال وقاه الله أي صانه، ووقيت الشيء إذا صنته وسترته عن الأذى .

2-الوقاية هي أي عمل مخطط نقوم به تحسبا لظهور مشكلة معينة أو لظهور مضاعفات لمشكلة معينة أو لظهور مضاعفات لمشكلة قائمة بالفعل، ويكون الهدف من هذا العمل

هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو المضاعفات أو لكليهما . (جمعة سيد يوسف، 2005، ص ص 34-35) .

I-8 -2- مستويات الوقاية :

تقوم الأمم المتحدة والصحة العالمية على تصنيف إجراءات الوقاية في ثلاث فئات على النحو التالي :

أ- الوقاية من الدرجة الأولى :

وفي هذا المستوى من الوقاية يتم العمل على تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف والمؤسسات الاجتماعية ، وكما يشير " دافيسون نيل " « Davison Neal » إلى أن هذا المستوى يركز على تغيير ظروف الحياة المثيرة للمشقة، بمعنى آخر العمل على منع وقوع الإصابة أصلاً، أي منع وقوع التعاطي المؤدي إلى الإدمان أصلاً، ويتم ذلك عادة من خلال الإجراءات التالية :

*** تحديد الجماعات المستهدفة :** يقصد بالجماعات المستهدفة الجماعات المحدودة داخل المجتمع والذي يرتفع في حالتها احتمال تورط أفرادها في إدمان المخدرات، حيث يسهم في ارتفاع الاحتمال عدة عوامل من بينها وجود تاريخ للإدمان في الأسرة ، الانهيار الأسري، الدخل المنخفض، ضعف الوازع الديني، تدخين السجائر قبل بلوغ سن الثانية عشر، مصاحبة أقران مدمنين ...إلخ .

*** استخدام الأساليب التربوية :** حيث أن التربية والتعليم إحدي القنوات التي ينبغي استغلالها لممارسة العمل الوقائي من الدرجة الأولى لإدمان المخدرات، حيث تستغل المناهج والمقررات الدراسية للتوعية بالأضرار الصحية والاجتماعية للمخدرات، على أن يتم ذلك بطريقة مدروسة وواقعية بحيث تتناسب طرق عرضها مع المرحلة الدراسية المستهدفة .

*** العناية المبكرة بالحالات تحت الاكلينيكية :** يعاني عدد غير قليل من الناس من أشكال ودرجات معينة من الاضطرابات والأعراض التي لا ترقى لأن تشخص بأنها أعراض إكلينيكية تضعهم في عداد المرضى، لذلك تسمى بالحالات تحت الإكلينيكية المهيئة للدخول في عالم إدمان المخدرات، ولهذا فإنه من بالغ الأهمية تحديد هذه الحالات والعناية بها. (جمعة سيد يوسف، 2005، ص ص 38-39-40) .

ب - الوقاية من الدرجة الثانية :

ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر، بحيث يمكن وقف التماذي في التعاطي لكي لا يصل الشخص إلى مرحلة الإدمان، أي أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلاً على التعاطي، ولكنه لا يزال في مراحله الأولى، ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2002، ص 80) .

ج - الوقاية من الدرجة الثالثة :

وهي مرادفة للعلاج وتركز فيها على التقليل من المترتبات طويلة المدى لإدمان المخدرات ويهدف هذا المستوى إلى تقليل احتمالات الانتكاس، أو العودة إلى التعاطي مرة أخرى، وتقليل دواعي البقاء بالمؤسسات العلاجية لفترات طويلة. (جمعة سيد يوسف، 2005، ص 46) .

I-9 - علاج إدمان المخدرات :

نقصد بالعلاج في مجال الإدمان جميع إجراءات التدخل الطبي والنفسي والاجتماعي التي تؤدي إلى التحسن الجزئي أو الكلي للحالة. (محمد حسن غانم، 2005، ص 43) . وعلى العموم هناك الكثير من طرق العلاج التي تستخدم في مجال معالجة مشكلة إدمان المخدرات، من أهمها :

I-9-1 - العلاج الدوائي :

وهو علاج طبي في الأساس ، ذلك أن جسد الإنسان في الأحوال العادية إنما يتخلص من السموم تلقائياً ، ولذلك فالعلاج بالأدوية يساعد جسد المدمن على القيام بدوره الطبيعي والتخفيف من آلام الانسحاب مع تعويضه عن السوائل المفقودة ، وتختلف الأدوية التي تستخدم باختلاف نوع المخدر المستخدم. (محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص 108) .

I-9-2 - العلاج السلوكي :

أصبحت الإجراءات السلوكية لعلاج إساءة استخدام المواد والعقاقير مقبولة منذ أكثر من عقدين، والأصل في العلاج السلوكي أنه يقوم على افتراض أن السلوك متعلم ومن ثم يمكن تعديله. ومن أكثر الطرق المستخدمة في هذا النوع من العلاج هو:

- **العلاج بالتنفير:** وتندرج تحته عدة صور للتنفير تعتمد كلها على مبدأ الإشرط الكلاسيكي مثل التنفير الكيميائي ويعتمد على الإقتران أو المزاجية بين مثير حسي ومرغوب في المادة التي يتعاطاها الشخص مع مثير حسي أيضا ولكنه منفرد، أيضا التنفير عن طريق الصدمات الكهربائية نظرا لأنه من الصعب التحكم في المدى الزمني الذي يستغرقه تأثير المادة، فقد اقترح استخدام مستويات مؤلمة ولكنها آمنة من الصدمات الكهربائية، من خلال المزاجية بين مثير يتمثل في الصدمة الكهربائية المؤلمة واستخدام المخدر، أيضا نذكر التنفير التخيلي وتشكيل الحساسية بشكل خفي، حيث يتضمن المزاجية التخيلية لمشاهد استخدام المخدرات مع أحداث ذات مستوى عال من الكدر وفي بعض الأحيان يصاحب ذلك روائح منفرة. (محمد السيد عبد الرحمن، 2002، صص 118-119).

- وتوجد أساليب سلوكية أخرى تعتمد على تعليم المدمن سلوكيات بديلة للإدمان كالاسترخاء، التغذية البيولوجية الراجعة، التدريب على التوكيدية على تعليم المدمن سلوكيات بديلة للإدمان كالاسترخاء، التغذية البيولوجية الراجعة، التدريب على التوكيدية والمهارات الاجتماعية ومساعدته على استغلال وقت فراغ والمهارات الاجتماعية ومساعدته على استغلال وقت الفراغ بصورة جيدة. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006، ص 221).

I-9-3 - العلاج السلوكي المعرفي :

يشكل العلاج السلوكي المعرفي الحديث أحد الأساليب التي تتعامل بكفاءة جزئية مع المدمنين وفيما يلي خطة هذا العلاج لمدمني المخدرات :

1- جذب المريض: حيث يجب أن يكون المعالج يقظاً، ويبيدي فهماً دقيقاً لوجهة نظر المدمن تجاه ظروفه ، لكي تحدث علاقة تعاونية .

2- تحليل الملامح المزاجية : هناك مجموعة من المثيرات تعمل كدوافع لتناول المخدر وينظر النموذج السلوكي المعرفي لتلك المثيرات كعوامل تؤدي إلى الردة واستمرار تعاطي المخدرات .

3- حل المشكلة وتعديل المزاج : وتتمثل هذه الخطوة في جزئين :
أ – تعليم الفرد مهارات حل المشكلات الفعالة، واستراتيجيات التوافق للتعامل مع الإدمان .

ب – تغيير الميول الكامنة، قدر المستطاع، لاستعمال العقاقير المخدرة.(جان سكوت ومارك وليامز وأروبيك، ترجمة مصطفى عبد المعطي، 2002، ص ص 257-266-269) .

على العموم يركز هذا العلاج على تغيير الأفكار اللاعقلانية والمتوهمة عن التأثيرات الإيجابية للمخدرات، بالإضافة إلى تدريب المدمن على التحكم في استخدام أو تعاطي العقار، وهو أسلوب يجمع بين تعليم المدمن المهارات المعرفية والسلوكية التي تساعد على التوقف عن التعاطي.(عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006، ص 222) .

I-9-4 - العلاج الجماعي :

يعتمد العلاج الجماعي على فكرة أن العديد من مشكلات الأفراد السلوكية والاجتماعية والعقلية تتعلق بالآخرين، ويفيد كثيراً في حالات الإدمان بشكل كبير، حيث يفيد في حالات توكيد الذات، وتعلم المهارات الاجتماعية وحالات الخجل عند المدمنين، والاستبصار بمشكلة الإدمان .(محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص 109) .

وفيما يلي مثال عن العلاج الجماعي لمدمني المخدرات :

- أ- أن يذكر كل عضو من أعضاء الجماعة البدايات الأولى لكيفية الإدمان .
- ب- المشاعر والأحاسيس التي استشعرها حينما دخل في تجربة التعاطي للمرة الأولى .
- ج - ماهي الأشياء التي خسرها من جراء مواصلة الإدمان .

د - مرات التردد على العلاج ، سواء أكان هذا التردد في مستشفى حكومي أو مستشفى خاص .

هـ - كيفية مواجهة الضغوط والأزمات والمشاكل .

و- عدد مرات الانتكاسة وأسبابها .

هذه القضايا تطرح للمناقشة ، حيث يذكر كل فرد التجربة التي مر بها ثم نقوم بتعديل هذا السلوك.(محمد حسن غانم،2005، ص149) .

I-9-5- العلاج الأسري :

يهدف العلاج الأسري لحالات تعاطي المخدرات أو الإدمان عليها إلى تدريب الأسرة على وسائل الاتصال الصحيحة والسليمة مع الابن المدمن، وإدراك الدوافع التي أدت إلى حالة الإدمان، وإعداد الأسرة لكي تستقبل المدمن بعد شفائه طبياً منعاً لانتكاسه إلى جانب علاج المناخ الأسري الذي جاء منه المدمن، بالإضافة إلى علاج شبكة العلاقات الاجتماعية بين المتعاطي وباقي أفراد الأسرة .(حسن مصطفى عبد المعطي، 2002، ص89) .

I-9-6- العلاج الديني(الإسلامي) :

يزداد الإحساس بأهمية العلاج الإسلامي بالنسبة إلى تزايد انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات التي ثبت فيها أن العلاج الحقيقي، لا يتحقق إلا بتنمية الجوانب الروحية والمعنوية في شخصية الإنسان، سواء في العلاج المباشر للمتعاطين، أو للوقاية من التعاطي.(أحمد عبد العزيز الأصفر،2004، ص 134) .

حيث يهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المدمن وبناء شخصيته على أساس الإيمان المطلق بالعقيدة الدينية السليمة ومن ثم الاعتراف بينه وبين نفسه أنه ارتكب خطيئة بإمكانه أن يكفر عنها، ثم يبدأ بأداء الواجبات الدينية وعلى رأسها الصلاة والصوم، وحضور جلسات إرشادية جماعية يتبين فيها رأي الدين بشأن المخدرات .(حسن مصطفى عبد المعطي،2002، ص 89) .

I-9-7- العلاج المؤسسي المتكامل :

يمثل العلاج المؤسسي المتكامل ذروة ماوصلت إليه الجهود العلاجية في ميدان الإدمان ويطبق هذا النوع من العلاج داخل المؤسسات العلاجية، ويعتمد هذا النوع من العلاج على برامج علاجية مرحلية وتكاملية حيث يتم الجزء الأساسي منها داخل المستشفى ثم تتوالى المراحل في العيادات الخارجية والمنزل وأماكن الدراسة والعمل ونظرا لتعدد مرض الإدمان ، فإن هذه المؤسسات تحتوي على فريق علاجي متخصص يسعى لإغلاق ثلاث حلقات أساسية في وجه المتعاطي ، الحلقة البدنية العصبية ويقوم بها فريق من الأطباء المتخصصين باطنيا وعصبيا ونفسيا ، ثم الحلقة النفسية ويقوم بها فريق من الأخصائيين النفسيين، والحلقة الاجتماعية يقوم بها أخصائيو الخدمة الاجتماعية والعلاج الأسري ويؤازرهم في ذلك فريق من الاستشاريين ومرشدي علاج الإدمان والمعالجين بالأنشطة مثل العلاج بالعمل والأشغال اليدوية والفنية والمسرحية والرياضية، مع أخصائي التوعية الصحية والمرشدين الدينيين .

ويشترط لنجاح هذا البرنامج بناء الفريق العلاجي الذي يتطلب تأهيلا أكاديميا وتدريبيا خاصا، وتحديد المهام والأدوار، ومساندة الأعضاء بعضهم البعض واتخاذ القرارات الايجابية لصالح البرنامج والمهام العلاجية.

ويتطلب إعداد البرنامج العلاجي إلى الأخذ في الاعتبار تنوع التعاطي وأساليبه والفروق الفردية في البعد الثقافي والسن والجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والبعد الاقتصادي ومستوى الإدمان وتاريخه.(عبد الله عسكر،2005، ص 91-93) .

ومن خلال عرضنا لأنواع العلاج نلاحظ تعدد الطرق والأساليب المتبعة، إلا أنه يبقى أفضل الأنواع هو العلاج التكاملي الذي تتعدد أساليبه وتجمع بين عدة طرق علاجية من أنواع العلاجات السابقة الذكر .

II- المخدرات في الجزائر :

II-1- وضعية المخدرات في الجزائر :

رغم أن المخدرات لم تكن مجهولة لدى الفرد الجزائري فهي لها جذورها التي تمتد في عمق الحضارات الإنسانية ، لكنها لم تشكل ظاهرة مرضية، إلا بانتشارها المهيول الذي لم تقلت منه أية دولة في العالم، فلا يخلو تجمع بشري اليوم من هذه الآفة ومن عصابات ترويج السموم وتجار الموت، ماعدا مناطق معدودة قد لا تتعدى أصابع اليد الواحدة . ولأن الجزائر لا تدخل ضمن الاستثناء، فقد شهدت في السنوات الأخيرة زيادة في كميات المواد المخدرة المضبوطة من جهة، وزيادة في أعداد المدمنين من جهة أخرى، وينبغي التذكير بأن الإنذار الأول للمخدرات سجل في سنة (1975) مع حجز (3 أطنان) من القنب، وتوقيف أغلب المتورطين في هذا التهريب ومعظمهم أجنبيا أما الإنذار الثاني فقد وجه سنة (1989) اثر حجز أكثر من (2طن) من القنب وتوقيف حوالي (2500) شخص طوال السنة ، ومنذ هذا التاريخ أصبحنا نلاحظ تطورا ثابتا نوعه سنة بعد أخرى.(قاسمي عيسى، 2004، ص 14).

وتشغل مشكلة إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري حيزا كبيرا من اهتمامات الباحثين النفسيين والاجتماعيين والمعنيين باتخاذ القرار ، نظرا لما تحمله من مخاطر عديدة ، وتولي الدراسات الجزائرية اهتمامها الكبير بالظاهرة نتيجة تزايد انتشارها عاما بعد آخر، وفي هذا المقام ستقوم الباحثة بعرض بعض الدراسات الأكاديمية والمقالات الجزائرية تم اختيارها بطريقة عرضية لا على التعيين وهذا حسب ما أتيج لها الإطلاع عليه لأن الدراسات الجزائرية التي تناولت ظاهرة المخدرات عديدة لا يسعنا هذا المقام لعرضها :

• دراسة (عبد القادر حمر الرأس، 1993)

عنوان الدراسة : الأسرة وتعاطي المخدرات *

وهي عبارة عن أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه بجامعة الجزائر .

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين تعاطي المخدرات والظروف الأسرية والمادية ، ولفت أنظار الهيئات المعنية للاعتناء بالأسرة كسبيل للوقاية من الإدمان على المخدرات، ولقد أجرى الباحث دراسته على عينة تتكون من ثلاث مجموعات كالتالي:

- عينة المجتمع العام (200) حالة . - عينة المتعاطون خارج السجن (60) حالة.

- عينة المتعاطون المسجونون (12) حالة .
- ولقد تم في هذه الدراسة الاعتماد على الأدوات التالية: الملاحظة، استمارة المقابلة المقابلة الحرة .
- ومن أهم النتائج المتوصل إليها مايلي :
- الشباب المنحرفون يتميزون عن غيرهم من الشباب بالعادات السيئة حيث أن (95%) منهم يدخنون ، و (11.66%) يمارسون القمار .
- نوع المخدر الأكثر انتشارا هو الكيف .
- هناك ارتباط واضح بين المستوى الثقافي للأباء والوضع الاقتصادي ودرجة تماسك الأسرة أو تفككها .
- أسر المتعاطين للمخدرات تتميز عن غيرها بالانحلال الخلقي .
- يقل الانحراف ومعه الإدمان على المخدرات في أسر المناطق الحضرية التي حظيت بالمستوى الاقتصادي المميز والسكن اللائق . (امزيان وناس، 2007، صص 19-20).

• دراسة (امزيان وناس ، 2007)

عنوان الدراسة : * إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك دراسة ميدانية أجريت على مساجين مؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة *

وهي عبارة عن أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه بجامعة الإخوة منتوري – قسنطينة. تهدف هذه الدراسة إلى أهداف عديدة نذكر أهمها العمل على الوصول من خلال الإستراتيجية المطبقة في العلاج النفسي إلى تخليص أفراد العينة التي أجريت عليها الدراسة من تعاطي المخدرات وشفائهم من الإدمان عليها بصفة نهائية عن طريق الاستعانة بالجماعة كوسيط علاجي . ولقد أجرى الباحث دراسته على عينة تم اختيارها بطريقة مقصودة تتألف من (50) مدمنا مسجون بمؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة، وهذه الدراسة تقوم على المزوجة بين المنهج الإكلينيكي والتجريبي وتحليل المضمون، أما بالنسبة للأدوات المستعملة في هذا البحث فهي الملاحظة ، المقابلة

الإكلينيكية، تحليل المضمون، ومجموعة من المقاييس النفسية التالية : قائمة حالة القلق ومقياس تقدير الذات ومقياس تقدير حدة اللهفة .

ومن أهم النتائج المتوصل إليها أهمها :

- المساجين المدمنين على المخدرات يملكون مكونات معرفية خاطئة حول المخدرات والإدمان عليها .
- العلاج النفسي الفردي والجماعي للمساجين المدمنين على المخدرات يساعدهم على تفكيرهم .
- تصحيح تفكير المساجين المدمنين على المخدرات يؤدي إلى تعديل سلوكهم تجاه الإدمان .
- العلاج النفسي للمساجين المدمنين على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك يساعدهم على التخلص من الإدمان. (امزيان وناس، 2007، ص 543)

• دراسة (بلصوار سهيلة ، 2004)

عنوان الدراسة : * التكفل بالمدمنين على المخدرات : دراسة ميدانية بالمركز الوسيط لمعالجة المدمنين على المخدرات بوخضرة عنابة*

هي عبارة عن مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير بجامعة باجي مختار- عنابة وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة الجهود المتبعة من طرف الأسرة والمصحة للتكفل بالمدمنين على المخدرات، ولقد استخدمت الباحثة منهج دراسة الحالة معتمدة على التاريخ الشخصي للحالة والملاحظة والمقابلة المفتوحة، ولقد تمت دراسة (8) حالات من مدمني المخدرات المترددين للعلاج على المركز الوسيط .

ولقد خلصت النتائج إلى مايلي :

- أساليب التكفل المتبعة من طرف الأسرة يتمثل في عديدة:
- أسلوب القسوة والنبذ ، أسلوب النصح والإرشاد ، أسلوب تقبل المدمن .
- الطرق المتبعة من طرف المصحة تتمثل فيما يلي : الطريقة الطبية وتقوم على إعطاء المدمن دواء أضعف من المخدر الذي أدمنه، الطريقة النفسية وتقوم على محاولة مساعدة

الفرد على تخطي مشاكله النفسية ، الطريقة الاجتماعية وتعتمد على أسلوب النصح والإرشاد مع تركيز اهتمامها على الأسرة لإعادة تكيف المدمن .
وعلى العموم تتلخص مراحل التكفل في هذا المركز في الأتي:

- 1 - مرحلة استقبال المدمن .
- 2- مرحلة إزالة السموم من الجسم .
- 3- مرحلة الجلسات النفسية والاجتماعية التي يتقاسمها كل من الأخصائي النفسي والمساعدة الاجتماعية . (بلصوار سهيلة،2004،ص ص).

• دراسة (درفول نفيسة ، 2006)

عنوان الدراسة : *ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري في ظل التحولات السوسيو اقتصادية : دراسة ميدانية بالمركز الوسيط لمعالجة الإدمان*
وهي عبارة عن مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير بجامعة باجي مختار- عنابة
تهدف هذه الدراسة للكشف عن العناصر الفاعلة والكامنة وراء تفشي ظاهرة تعاطي المخدرات في الجزائر، اعتمدت فيها الباحثة على دراسة (11) حالة من متعاطي المخدرات المترددين على المركز الوسيط بعنابة من أجل العلاج، تتراوح أعمارهم ما بين (19-37 سنة) .

- وقد توصلت الدراسة بخصوص العوامل الكامنة إلى النتائج التالية :
- وجود ثلاث حالات تعرضت للتغير المكاني مما ينتج عنه إحساس بالعزلة والاعتراب وانخفاض التفاعل الاجتماعي مما أدى بهؤلاء إلى تعاطي المخدرات .
 - وجود خمس حالات تعيش في ظروف أسرية مفككة (انفصال الوالدين، هجر الأب للأسرة ، انحراف أحد الوالدين مثلا مدمن خمر).
 - وجود ست حالات تعيش في ظروف أسرية متدنية اقتصاديا .
 - التسرب المدرسي هو ملاحظ بدلالة قوية في أوساط المدمنين محل الدراسة .
 - أغلب المدمنين محل الدراسة يعيشون في أحياء سكنية تتميز بنقص وسائل الترفيه .

- الاختلاط برفقاء السوء كان له علاقة قوية بتعاطي المخدرات من خلال هذه الدراسة .
(درفول نفيسة، 2006، ص ص) .

• **دراسة (فريدة طايبي ورشيد المسيلي، 1998)**

عنوان الدراسة: * المميزات النفسية لمتعاطي المخدرات *

وهي عبارة عن دراسة منشورة في مجلة علم النفس وقضايا المجتمع الحديث .

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على المميزات النفسية لدى متعاطي المخدرات ومقارنتها مع غير المتعاطين، ولقد تكونت عينة هذا البحث من (200) شاب موزعين على مجموعتين المجموعة الأولى وتشمل على (100) شاب متعاطي للمخدرات والثانية تشمل (100) شاب غيرمتعاطي للمخدرات ، وتتراوح أعمار هذه العينة ما بين (17-32 سنة) ينتمون إلى وسط اقتصادي متوسط وأغليبتهم من العزاب، ولقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على استبيان ،الغرض منه الكشف عن المميزات الديموغرافية وعلى الاختبارات النفسية التالية : اختبار تصنيف الإفراط في تعاطي المخدرات مقياس بيك للاكتئاب ، مقياس اليأس، قائمة استراتيجيات المقاومة .

ومن أهم النتائج المتوصل إليها :

- الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا من الشباب غير المتعاطي للمخدرات .
- وجود فرق واضحا بين المتعاطين وغير المتعاطين في مشاعر اليأس .
- وجود ثلاث استراتيجيات فقط من نمط الاستراتيجيات المركزة على الانفعال تميز بين المتعاطين وغير المتعاطين.(أمزيان وناس، 2007، ص 22) .

ومن خلال هذا العرض البسيط لبعض الدراسات نلاحظ تعدد الأهداف التي يسعى الباحثون لتحقيقها ولكن نلمس أن لدى كل باحث دوافع في التعرف على الأسباب الكامنة وراء انتشار ظاهرة إدمان المخدرات في الجزائر، ورغبة في وضع أساليب للوقاية والحد من تفشي هذه الظاهرة ، والتعرف على الأساليب العلاجية المتبعة مع المدمنين، مستخدمين أساليب متنوعة من أجل الوصول إلى أهدافهم، وهذا كله يعتبر دليلا واضحا على مدى انشغال الباحثين الجزائريين بظاهرة المخدرات وانتشارها في الجزائر.

وبحكم موقعها الجغرافي ، كانت الجزائر منذ سنوات طويلة ، بلدا تعبر منه كميات معينة من المخدرات إلى بلدان أوروبا وغيرها ، ولكن ذلك الوضع تطور وصار أكثر تعقيدا فلقد تطورت الأمور خلال السنوات الأخيرة ، فالجميع يعرف أن الجزائر مرت بفترة عصيبة جدا خلال عشر سنوات كاملة ابتداء من تسعينات القرن الماضي، حيث لم يعد خافيا الآن أن الجزائر قد تحولت من بلد عبور إلى بلد استهلاك وإنتاج (زراعة) للمخدرات ، فكما جاء في كلمة مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات في حوار للشروق: << أن كل الكميات المحجوزة والمتداولة من المخدرات كان مصدرها الحدود الغربية للبلاد، كما توجد العديد من المناطق في الجزائر أصبحت تزرع هذه السموم على غرار ولاية أدرار، هذه المعطيات تؤكد أن الجزائر أصبحت بلدا مستهلكا ومنتجا للمخدرات>>.(نبيلة طراد وبلقاسم حوام،2007، ص 21) .

ويمكننا أن نتبين مدى الانتشار للمخدرات في الجزائر من الناحية الكمية من خلال عرض إحصائيات تتضمن الكميات المضبوطة لأنواع مختلفة من المخدرات وعدد القضايا من عام (2002) وحتى عام (2007) كمايلي :

أكد مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات أنه في سنة (2002) تم ضبط (6 أطنان) من القنب و(452086) قرص من المهلوسات، ليرتفع إلى مايفوق (8 أطنان) من القنب عام (2003) زيادة وصلت إلى (32%) وقد وصل عدد الأقراص المهلوسة في هذا العام إلى (571138) قرص أي بنسبة زيادة وصلت إلى (62 %) في حين سجلت وزارة العدل على المستوى الوطني عام (2002) (4227) قضية معالجة مرتبطة بجرائم المخدرات وفي عام (2003) سجلت (5161) قضية معالجة مرتبطة بجرائم المخدرات وفي عام (2003) سجلت (5161) قضية ، وفي سنة (2004) تم ضبط (4409 كلغ) من الكيف المعالج .

(<http://www.rezgar.com/debat/showart.asp?aid=27036> 16/10/2007)

وفيما يخص كميات المخدرات المحجوزة في سنة (2005) ، فقد تم حجز (9444 كلغ) من القنب الهندي و(426617) قرصاً من المؤثرات العقلية وكذا (55.66 غراماً) من الكوكايين و(73.88 غراماً) من الأفيون، وفي نفس السنة قامت مصالح الأمن بمختلف

أجهزتها بعرض (6197) قضية أمام العدالة عبر كل الوطن.(جمال لعلامي، 2006، ص05) .

ولقد حققت كمية المخدرات المحجوزة سنة (2006) أعلى مستوياتها مقارنة بالأعوام الخمسة الأخيرة حيث تم حجز حوالي (38) قنطارا من القنب الهندي و(10 أطنان) من الكيف المعالج، و(15 كلغ) من الهيروين و(15 كلغ) من الكوكايين ، كما تم لأول مرة رسميا الكشف عن وجود أكثر من (300) مهرب مخدرات في الجزائر يجري البحث عنهم من طرف العدالة ومصالح الأمن .(نائلة ب، 2006، ص 10) .

وأما عن الكميات المسجلة من المخدرات لسنة (2007) فقد كشفت الأخصائية النفسية للدرك الوطني في اليوم التحسيس الذي نظمته مؤسسة فوريم حول المخدرات والإدمان في الجزائر عن أنه قد تم حجز(678.88 كلغ) من القنب في أشهر السنة الأولى من هذه السنة ، وكذا (1375) من الأقراص المهلوسة ، وعن القضايا المعالجة على مستوى الدرك الوطني فبلغت (1032) حالة في نفس الفترة (زهية رافع، 2007، ص21) ، كما تم في شهر أفريل من سنة (2007) اكتشاف مزرعة بمساحة (40 متر مربع) بمنطقة أدرار موجهة لتموين السوق المحلية للاستهلاك، كما تم في نفس المنطقة حجز (160.000) شجيرة أفيون كانت معدة ومجهزة للغرس .

(<http://www.thkafa.com/modules.php?name=News&file=article&sid=137>
02/11/2007)

ويمكن حوصلة ماقيل سابقا عن المخدرات في الجزائر في الجدول التالي :

جدول رقم (05) : يوضح كميات المخدرات المحجوزة على المستوى الوطني وعدد

القضايا المعالجة

السنوات	المادة المخدرة	الكمية	عدد القضايا
2002	- القنب .	- 6 أطنان .	4227 قضية مرتبطة
	- المهلوسات .	- 452086 قرص	بجرائم المخدرات .
2003	- القنب .	- 8 أطنان .	5161 قضية معالجة
	- المهلوسات .	- 571138 قرص	مرتبطة بجرائم المخدرات

2004	- الكيف المعالج	- 4409 كلغ .	
2005	- القنب الهندي. - المؤثرات العقلية - الكوكايين . - الهيروين . - الأفيون .	- 9444 كلغ . - 426617 قرص - 55.66 غرام. - 73.66 غرام - 480 غرام	6197 قضية مرتبطة بجرائم المخدرات
2006	- القنب الهندي . - الكيف المعالج . - الهيروين . - الكوكايين .	- 38 قنطارا . - 10 أطنان . - 15 كلغ . - 15 كلغ .	10 آلاف قضية مرتبطة بجرائم المخدرات .
2007	- القنب . - الأقراص - المهلوسة .	- 678.227 كلغ. - 1375 قرص .	1032 قضية

واعتمادا على هذا الجدول التالي وما قيل سابقا نلاحظ مدى انتشار المخدرات في الجزائر خلال السنوات الأخيرة وهذا من خلال الكميات المرصودة من طرف رجال الأمن وكذلك تفاقم عدد القضايا المرتبطة بجرائم المخدرات، مما يؤكد فعلا مقولة أن الجزائر أصبحت بلد استهلاك وإنتاج للمخدرات .

II-2- العوامل المؤدية إلى تفاقم ظاهرة المخدرات في الجزائر :

حسب الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها هناك عدد من العوامل التي تساعد على تفاقم ظاهرة المخدرات في الجزائر تتمثل فيما يلي:

أ - العوامل الاجتماعية والاقتصادية :

- أزمة السكن وما تطرحه من مشاكل، بالإضافة لهشاشة الروابط العائلية وتهاون الأولياء.

- التسرب المدرسي ونتائجه المولدة للعديد من أشكال الجнг .

- فقدان المعايير الأخلاقية إضافة إلى الكم الهائل من الصور المغرية التي تبثها وسائل الإعلام الغربية وانعكاساتها المدمرة على شبابنا .

- الركود الاقتصادي والبطالة التي يعاني منها الشباب منذ سنوات .

- التشاؤم واليأس الذي يصيب فئات واسعة من السكان .
- تأثير العنف الإرهابي على الاستقرار الاجتماعي وعلى التوازن السيكولوجي للأفراد

ب - العوامل الجغرافية :

- اتساع مساحة التراب الوطني ، ونقص وسائل مراقبة حدودنا .
- القرب من مناطق الزراعة (غربا وجنوبا) ومن أسواق الاستهلاك (شمالا) .

ج - العوامل المؤثرة :

- تضيق الخناق على شبكات المهربين في مختلف أنحاء العالم وبصفة خاصة في بلدان الضفة الشمالية للمتوسط ، الأمر الذي أدى إلى إعادة انتشار الفروع والشبكات في اتجاه القارة الإفريقية .

- تطور الإنتاج والتهريب على المستوى الدولي بسبب الأرباح الطائلة التي يوفرها
- توفر الكثير من أنواع المنتجات السامة في السوق المحلية وضعف جهاز مراقبة المخدرات المشروعة (المستشفيات والصيدليات) .

- العولمة والتحرر الاقتصادي وما يحملانه من أخطار محتملة في مجال تبييض الأموال

د - العوامل القانونية :

- عدم تكيف التشريع الوطني مع المستجدات في ميدان المخدرات .
- غياب تنظيمات ملائمة حول مراقبة حركة رؤوس الأموال.(الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدmanها، دون سنة، ص ص 8-10) .

II-3- المخدرات في التشريع الجزائري:

لقد حصر القانون رقم 18/04 المؤرخ في ديسمبر (2004) المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بهما كافة العقوبات كالتالي :

- 1 - حيازة من أجل التعاطي أو الاستهلاك الشخصي وهو الفعل المنصوص عليه بالمادة 12 من القانون رقم 18/04 تكون عقوبتها المقررة هي عقوبة الحبس من شهرين إلى سنتين وبغرامة تقدر من (5000 دج إلى 50.000 دج) .

- 2 - تسليم أو عرض المخدرات حسب المادة 13 يعاقب بالحبس من سنتين إلى عشر سنوات وبغرامة (100.000 دج إلى 500.000 دج) .
- 3 - عرقلة ومنع الأعوان المكلفين بمعاينة جرائم قانون المخدرات حسب المادة 14 تكون عقوبتها المقررة الحبس من سنتين إلى خمس سنوات وبغرامة (100.000 دج إلى 200.000 دج) .
- 4 - تسهيل الاستعمال غير المشروع للمخدرات ونصت عليه المادة 15 من القانون المذكور وتكون العقوبة المقررة الحبس من (5 إلى 15 سنة) وبغرامة من (500000 دج إلى 100.000 دج) .
- 5 - التعامل والاتجار بالمخدرات أو المؤثرات العقلية لقد حضر القانون 04/ 18 لا سيما في المواد 17 منه وما يليها كل صور التعامل والاتجار وتكون العقوبة المقررة الحبس من (10 سنوات إلى 20 سنة) وبغرامة من (5000.000 دج إلى 50.000.000 دج) .
- 6 - الاتجار بالمخدرات بواسطة جماعة إجرامية منظمة لقد نصت الفقرة الثالثة من المادة 17 على عقوبة السجن المؤبد .
- 7- جناية زراعة النباتات المخدرة بقصد الاتجار لقد نصت المادة 20 على معاقبة كل من زرع بطريقة غير شرعية عقوبة السجن المؤبد.(نبيل صقر، 2006، ص ص 28-30-31-32-45-53) .

II-4- تأثير استهلاك المخدرات في الجزائر:

إن تأثير استهلاك المخدرات على السلوك العام للمدمنين هو من البديهيات تجربة تتقاسمها كل البلدان التي تعرف نفس الظاهرة، ومن بين أمثلة ذلك فيما يخص الجزائر، حالات الانتحار، فقد تبين أنه في العام (2005) وحدها تم تسجيل (417) محاولة انتحار ناتجة عن تعاطي المخدرات، (19) منها أدت إلى وفاة أصحابها ومادام التأثير يصل إلى وضع حد لحياة الإنسان، فإن تناول باقي التأثيرات للمخدرات على المجتمع هو من قبيل تحصيل حاصل، وربما أخطر من كل ماسبق بالنسبة لاستقرار

الجزائر، أنه قد أثبت بالدليل المادي (بلغة القانون) أن عائدات الاتجار غير الشرعي في المخدرات هي حاليا أهم مصدر لتمويل المجموعات الإرهابية بعد أن شحت عنها باقي مصادر التمويل، يضاف إلى ذلك أن المخدرات صارت مصدرا من مصادر تبيض الأموال والجريمة المنظمة في البلاد .

(<http://www.alwaqt/print.php?aid=64917> 28/10/2007)

II-5- سياسة الجزائر في مكافحة المخدرات :

مضمون السياسة الوطنية لمكافحة المخدرات حددها المخطط التوجيهي الوطني في مستويات هي كالتالي :

أ - المستوى المعياري :

- 1 - تحيين التشريع الجزائري وتكييفه مع المتطلبات الحديثة .
- 2 - جعل التشريع الجزائري متطابقا مع المعاهدات والآليات الدولية .
- 3 - مراجعة آليات مراقبة نشاط إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية والاتجار بها وتخزينها .

ب - المستوى العملي :

- 1- من جانب الوقاية:
 - دعم نشاط القطاعات الوزارية والمنظمات المعنية في إطار البرامج المطبقة .
 - تكوين الموظفين المتخصصين التابعين لقطاعات الصحة والتربية والعدالة والجماعات المحلية .
 - إدراج مواضيع التوعية على مخاطر المخدرات في البرامج التربوية وفي خطب المساجد
 - إنشاء بنك للمعلومات حول المخدرات .
 - تشجيع الدراسات والبحوث .
 - القيام بنشاط إعلامي وتحسيني واسع .

- دعم مراكز معالجة المدمنين الحالية وإنشاء مراكز جديدة .
- إنشاء مراكز النقاهاة وإحداث شبكة لإعادة إدماج المدمنين .

2- من جانب القمع :

- دعم وسائل تدخل مصالح مكافحة .
- الاستفادة من عمليات التكوين المتخصص، التي تنظمها الأجهزة الدولية، لفائدة موظفي مصالح مكافحة .
- دعم مخابر التحليل العملي .
- اقتناء التجهيز العلمي الملائم ، في مجالي التحري والإعلام الآلي .

ج - مستوى التعاون الدولي :

- تبادل المعلومات وتطوير التعاون مع مصالح مكافحة الأجنبية، ومع المؤسسات الجهوية .
- تشجيع التبادل والاستفادة من دعم الهيئات الدولية.(صالح عبد النوري، 2004، ص 155 - 157) .

II-6- علاج المخدرات في الجزائر :

على العموم تتكفل بمسألة علاج المدمنين في الجزائر كل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. أما بالنسبة للوضعية الحالية لعلاج مدمني المخدرات فقد أكد مدير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها "عبد المالك السايح" في حوار للشروق أنه تم علاج عشرين ألف مدمن خلال السنوات العشر الأخيرة من طرف وزارة الصحة، ففي عام (2006) قد تم علاج (1200) مدمن في مستشفى البليدة و(800) مدمن في مستشفى وهران. (نبيلة طراد وبلقاسم حوام، 2007، ص21) وبالنسبة لعدد المراكز المتوفرة على مستوى الجزائر فعددها لا يتجاوز خمسة مراكز:

- مركزان لمعالجة المدمنين :
- المركز الإستشفائي الجامعي فرانس فانون بالبليدة .
- المركز الإستشفائي الجامعي سيدي الشحمي وهران .

- ثلاثة مراكز بينية :
- المركز الإستشفائي الجامعي الرازي عنابة .
- مستشفى مايو- باب الواد الجزائر .
- المركز البيني سطيف .
- * كما يسعى الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها إلى فتح (15) مركزا جديدا لمعالجة المدمنين في المناطق التالية :
- الجزائر العاصمة (مركزان)، وهران، قسنطينة، عنابة، سيدي بلعباس، سطيف، تلمسان، تيزي وزو، باتنة .
- *فتح (53) مركزا وسيطا بالولايات التالية :
- (03) مراكز بالجزائر العاصمة .
- مركزاين بولاية وهران .
- - مركزاين بولاية قسنطينة .
- مركزاين بولاية عنابة .
- مركز واحد لكل ولاية من الولايات الباقية .
- *فتح (185) خلية إصغاء وتوجيه في جميع المراكز الإستشفائية .
- ويبقى هذا المشروع قيد الإنجاز. (عبد المالك السايح، 2007، ص ص 7-8) .

خلاصة :

تعرضنا في هذا الفصل إلى الحديث عن واحدة من أخطر المشكلات التي تجتاح أغلب مجتمعات العالم، خاصة مجتمعنا الجزائري الذي تفشت فيه هذه الظاهرة بصورة مرعبة وهذا حسب الإحصائيات المتوفرة والتي قمنا بعرضها فيما سبق وتكمن خطورة مشكلة إدمان المخدرات في أن لها العديد من الأضرار والآثار السلبية على حياة الفرد وعلى المجتمع ككل .

وقد ذهب العديد من العلماء والباحثين للكشف عن هذه الظاهرة التي تمس كل المجتمع وربطها بأسباب وعوامل متعددة ونظريات عديدة من أجل الوقوف عليها وفهمها

محاولة منهم للقضاء عليها عن طريق وضع خطط للعلاج ، أوحى على الأقل التقليل
منها عن طريق وضع برامج للوقاية منها .

الجانبة التطبيقية

الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

I - الدراسة الاستطلاعية :

I - 1 - أهداف الدراسة الاستطلاعية.

I - 2 - إجراءات الدراسة الاستطلاعية.

I - 3 - عينة الدراسة الاستطلاعية.

I - 4 - الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية.

I - 5 - نتائج الدراسة الاستطلاعية.

II - الدراسة الأساسية :

II - 1 - منهج الدراسة.

II - 2 - مجتمع الدراسة.

II - 3 - عينة الدراسة.

II - 4 - أدوات الدراسة.

II - 5 - إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية.

II - 6 - الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

تمهيد :

سوف نتناول في هذا الفصل إجراءات الدراسة الميدانية ابتداء بالدراسة الاستطلاعية ويليه التطرق لإجراءات الدراسة الأساسية موضحينا المنهج المستخدم ومجتمع الدراسة وخصائص العينة المستقاة منه، وتبيان أدوات الدراسة التي تكشف عن أهداف الدراسة وأخير الأساليب الإحصائية المستخدمة والتي تبرهن النتائج المتوصل إليها. وسوف تعرض الباحثة إجراءات الدراسة الميدانية على النحو التالي :

I - الدراسة الاستطلاعية :

I - 1 - أهداف الدراسة الاستطلاعية :

أجريت الدراسة الاستطلاعية بهدف تحقيق مايلي :

أ - التعرف على خصائص مجتمع الدراسة الأساسية خاصة مجتمع المدمنين ،وباعتبار أن الدراسة الحالية هي دراسة مقارنة بين المدمنين وغير المدمنين، فإن التعرف على هذا الأخير هو أساس تحديد خصائص عينة مجتمع الغير مدمنين .

ب - تحديد أهم الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة ، حتى يتسنى للباحثة القيام بالدراسة الأساسية من خلال أدوات يتوفر فيها القدر الكافي من الصدق والثبات .

I - 2 - إجراءات الدراسة الاستطلاعية :

قامت الباحثة بعد الحصول على الإذن من الجامعة، بتقديم طلبا إلى مستشفى الأمراض العقلية " أبو بكر الرازي " بالسماح لها بإجراء دراسة ميدانية في المركز الوسيط لمعالجة الإدمان بوخضرة -عنابة- ، لأنه تابع لهذا المستشفى من الناحية التنظيمية، وبعد حصولها على الموافقة، استطاعت الباحثة الحصول على المعلومات التي تحتاجها عن خصائص المدمنين، خاصة فيما يخدم أغراض الدراسة، وتطبيق مقياس المخدرات من أجل التحقق من خصائصه السيكومترية.

وبناء على تلك المعلومات توجهت الباحثة إلى كلية علوم الهندسة بالمركز الجامعي الشيخ العربي التبسي -تبسة- ، وهذا لتطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي على عينة من الطلاب والموظفين العاملين بها، من أجل التحقق من خصائصه السيكمترية .

I-3- عينة الدراسة الاستطلاعية :

تتكون عينة الدراسة الاستطلاعية من (110) فردا موزعة على عينتين كالتالي :

أ- عينة مدمني المخدرات :

تتكون من (30) فردا كلهم ذكورا تراوحت أعمارهم بين (20-50 سنة)، بمتوسط عمري مقداره (30.10) سنة، وانحراف معياري مقداره (7.98) سنة، تم اختيارهم بطريقة قصديه من المركز الوسيط لمعالجة الإدمان بوخضرة - عنابة أثناء تردهم للعلاج فيه .

ب - عينة غير المدمنين:

تتكون من (80) فردا كلهم ذكورا تراوحت أعمارهم بين (20-50 سنة)، بمتوسط عمري مقداره (31.81) سنة، وانحراف معياري مقداره (9.03) سنة، تم اختيارهم بطريقة عرضية من كلية علوم الهندسة بالمركز الجامعي الشيخ العربي التبسي -تبسة- .

I-4- الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية :

استخدمت الباحثة في الدراسة الاستطلاعية الأدوات التاليتين :

- مقياس الرهاب الاجتماعي الذي أعده " مجدي محمد الدسوقي " المخصص لقياس درجة الرهاب الاجتماعي لدى المفحوص.
- مقياس المخدرات الذي أعده " مصري عبد الحميد حنورة " المخصص لقياس درجة الإدمان وهو مقياس فرعي مشتق من اختبار وصف الشخصية (PAI) .

I-5- نتائج الدراسة الاستطلاعية :

- من خلال الإطلاع على الإحصائيات المتوفرة بخصوص المدمنين المترددين على العلاج في المركز الوسيط لعلاج الإدمان اتضح للباحثة أن كل المدمنين المترددين على المركز هم من جنس الذكور. (أنظر الملحق رقم 01) .
- وأن أعمارهم تتراوح بين (20 – 50 سنة)، وللإشارة فإن المدمنين لا يقيمون في المركز لأن طبيعة العلاج تقوم على مبدأ العلاج في الوسط البيئي، وأن المركز يستقبل المدمنين للعلاج يومين في الأسبوع (السبت / الاثنين) .
- بعد تطبيق أدوات الدراسة، تم حساب درجات عينة مدمني المخدرات على مقياس الرهاب الاجتماعي، كما يتضح في الجدول التالي :

جدول رقم (06): يوضح الدرجات الكلية لأفراد عينة المدمنين على مقياس المخدرات

في الدراسة الاستطلاعية قبل المعالجة الإحصائية بنظام SPSS

الأفراد	درجات مقياس المخدرات	الأفراد	درجات مقياس المخدرات
1	18	16	15
2	24	17	27
3	23	18	19
4	21	19	22
5	18	20	24
6	22	21	21
7	18	22	15
8	21	23	08
9	17	24	17
10	20	25	19
11	22	26	16
12	12	27	10

17	28	24	13
19	29	14	14
27	30	19	15

- كذلك تم حساب درجات عينة غير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (07) : يوضح الدرجات الكلية لأفراد عينة غير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي في الدراسة الاستطلاعية قبل المعالجة الإحصائية بنظام SPSS

الأفراد	درجات مقياس الرهاب الاجتماعي	الأفراد	درجات مقياس الرهاب الاجتماعي	الأفراد	درجات مقياس الرهاب الاجتماعي
1	02	28	12	55	07
2	05	29	05	56	06
3	12	30	15	57	21
4	05	31	15	58	09
5	08	32	07	59	02
6	15	33	15	60	21
7	15	34	12	61	26
8	08	35	11	62	16
9	05	36	11	63	08
10	03	37	15	64	10
11	08	38	16	65	19
12	08	39	08	66	11
13	13	40	20	67	13
14	03	41	13	68	04
15	05	42	16	69	12
16	03	43	16	70	07
17	25	44	07	71	12
18	08	45	07	72	03
19	09	46	05	73	06
20	33	47	03	74	08
21	28	48	01	75	04

08	76	13	49	09	22
12	77	12	50	14	23
15	78	12	51	04	24
01	79	07	52	03	25
18	80	15	53	04	26
		16	54	05	27

- تم استخدام نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss 13.0) من أجل حساب صدق وثبات أدوات الدراسة وهذا بعد تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة، أما بخصوص نتائج التأكد من الخصائص السيكومترية فإننا سنقوم بعرضها في عنصر أدوات البحث من هذا الفصل .

II - الدراسة الأساسية :

II - 1 - منهج الدراسة :

المنهج هو الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه الباحث في معالجة مشكلة البحث بقصد الوصول إلى حلول لها. (محمد عوض العايدى، 2005، ص 63) .

ونظرا لتعدد المناهج في إجراء البحوث في العلوم الإنسانية ، فإن طبيعة وموضوع الدراسة والهدف منه هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم في إجراء الدراسة ، حيث اقتضت طبيعة هذه الدراسة استخدام المنهج الوصفي بنمطيه الارتباطي والمقارن، إذ تسعى الباحثة إلى تحديد ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات، وتقارن بين المدمنين وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي .

ويُعرف المنهج الوصفي الارتباطي > بأنه البحث الذي يدرس العلاقة بين المتغيرات، أو يتنبأ بحدوث متغيرات من متغيرات أخرى مستخدم في ذلك أساليب إحصائية متطورة <. (رجاء محمود أبو علام، 2006، ص 239).

أما المنهج الوصفي المقارن يُعرف > بأنه البحث الذي يحاول الباحث فيه التعرف على الأسباب التي تقف وراء الفروق التي تظهر في سلوكيات المجموعات المختلفة من الأفراد أوفي الأوضاع القائمة في حالتهم < .(سامي محمد ملحم ،2006، ص 416).

II - 2 - مجتمع الدراسة :

تناولت هذه الدراسة مجتمعان تم تطبيق البحث عليهما كالتالي :

أ - المجتمع الأول يتمثل في مدمني المخدرات المترددين على العلاج في المركز الوسيط لعلاج الإدمان بوخضرة - عنابة .

ب - المجتمع الثاني يتمثل في غير المدمنين من الموظفين والطلاب من المعهد الوطني المتخصص في التكوين المهني والتسيير- تبسة، وقد بلغ عددهم(526) فرداً، موزعين على النحو التالي :

- (47) موظفاً ، و(223) طالباً .

- (14) موظفة ، (242) طالبة .

II - 3 - عينة الدراسة :

تتكون عينة الدراسة الأساسية من (216) فرداً موزعة على عيتين كالتالي :

1 - عينة مدمني المخدرات :

تتكون من(62) فرداً من مدمني المخدرات المترددين على العلاج بالمركز الوسيط بوخضرة- عنابة ، واعتمدت الباحثة في اختيار أفرادها بأسلوب غير عشوائي وبطريقة العينة القصدية بناء على التشخيص الطبي الموجود في الملفات الطبية للمدمنين في المركز الذي يثبت بأنهم يعانون من إدمان المخدرات.

وقد تم استخدام هذا النوع من العينات نظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة من المدمنين المترددين على العلاج في هذا المركز.

2 - عينة غير المدمنين :

اعتمدت الباحثة في اختيار أفراد هذه العينة على طريقة العينة القصدية الطبقية

وفق الخطوات التالية :

- ضبط العدد الإجمالي لمجتمع الدراسة والمتمثل في الموظفين والطلاب في المعهد الوطني المتخصص في التكوين المهني والتسيير – تبسة.
- التركيز على مجموعة من الخصائص المسبقة منها العمر والذي يتراوح ما بين 20-50 سنة ، والجنس كلهم ذكور .
- وبعد تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي على مجتمع الدراسة من جنس الذكور والبالغ عدده (270) يمثل نسبة (51.33) من مجتمع الدراسة ككل ، استقر العدد الكلي لأفراد العينة على (154) فرداً ، نظرا لاستبعاد المقياس غير مكتمل الاستجابة وكذلك وجود فئة من الطلاب لم تبدي رغبتها في الاستجابة للمقياس، كذلك وجود فئة من الطلاب دون العشرين سنة، وفئة من الموظفين فوق الخمسين سنة .
- **خصائص العينة :**

لقد روعي في اختيار العينتين، حسب ما يخدم أغراض الدراسة عنصر التجانس من حيث متغير الجنس فأفراد العينتين كلهم كانوا ذكور وهذا لأن عينة المدمنين كلهم ذكورا كما وضحنا سابقا في الدراسة الاستطلاعية، كذلك من حيث العمر إذ تتراوح أعمار أفراد العينتين ما بين (20- 50 سنة) .

وفيما يلي عرض لأهم خصائص عينة الدراسة الأساسية الدراسة :

● **حسب متغير العمر :**

تم تقسيم أعمار عينة الدراسة إلى ثلاث فئات عمرية، والجدول التالي يوضح ذلك .

جدول رقم(08): يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب العمر.

العمر	مدمني المخدرات		غير المدمنين	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
30 - 20	41	66.13%	102	66.23%

40 - 31	14	%22.58	35	%22.73
50 - 41	7	%11.29	17	%11.04
المجموع	62	%100	154	%100

يتبين من الجدول رقم (8) فيما يتعلق بتوزيع عينة مدمني المخدرات وفقا لمتغير العمر أن نسبة (%66.13) من أفراد العينة في الفئة العمرية من (30-20) سنة، وأن نسبة (%22.58) في الفئة العمرية من (40-31) سنة، ونسبة (%11.29) في الفئة العمرية من (50-41) سنة .

أما فيما يتعلق بتوزيع عينة غير المدمنين وفقا لمتغير العمر فيشير الجدول السابق إلى أن نسبة (%66.23) في الفئة العمرية من (30-20) سنة، ونسبة (%22.73) في الفئة العمرية من (40-31) سنة، ونسبة (%11.04) في الفئة العمرية من (50-41) سنة .

II- 4 - أدوات الدراسة :

لدراسة أي ظاهرة لابد من أداة قياس مناسبة لتحقيق الأهداف المراد الوصول إليها وفي الدراسة الحالية قامت الباحثة باستخدام المقاييس التالية :

- مقياس الرهاب الاجتماعي لـ " مجدي محمد الدسوقي " .
 - مقياس المخدرات لـ " مصري عبد الحميد حنورة " .
- وفيما يلي عرض تفصيلي لكل منهما :

II- 4 - 1 - مقياس الرهاب الاجتماعي :

أعد هذا المقياس " رولين ووي " « Roulin wee » سنة (1994) وذلك لقياس الرهاب الاجتماعي والقصور في العلاقات ويتكون المقياس من (36) عبارة، ويوجد أمام كل عبارة عن إختياران هما " نعم " و " لا " ويطلب من المفحوص أو المفحوصة أن يختار واحدة منهما والتي تتفق مع مشاعره وتصرفاته في مواقف الحياة المختلفة ويصلح هذا المقياس للتطبيق على الأفراد

بدءاً من عمر (12) عاماً، ولقد قام بترجمته إلى اللغة العربية مجدي محمد الدسوقي. (أنظر الملحق رقم 02) .

• طريقة تصحيح المقياس :

وَضِعَ للمقياس تعليمات بسيطة تتضمن أن يجيب المفحوص أو المفحوصة علي كل بند بإجابة واحدة من بين إختيا رين هما " نعم" ، " لا " ويعطى للمفحوص أو المفحوصة درجة واحدة إذا كانت الإجابة " نعم" وصفرًا إذا كانت الإجابة "لا" مع ملاحظة أن العبارات التي تحمل أرقام (3، 7، 14، 16، 17، 27، 28، 33) تصحح في الاتجاه العكسي، ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص أو المفحوصة علي المقياس والدرجة المرتفعة تشير إلى أن الفرد يعاني من الرهاب الاجتماعي والعكس صحيح .

• الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام " مجدي محمد الدسوقي " بحساب صدق وثبات المقياس كالتالي :

أ - صدق المقياس :

تم حساب صدق المقياس كالتالي :

- الصدق التلازمي :

تم التحقق من الصدق التلازمي للمقياس وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصلت عليها مجموعة مكونة من 50 تلميذا وتلميذة من تلاميذ المرحلة الثانوية ومجموعة أخرى مكونة من (50) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة على المقياس الحالي، وبين درجات كل مجموعة على مقياس الخوف من التقييم السلبي من إعداد مجدي محمد الدسوقي، فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (0.573) بالنسبة لتلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية، ومعامل ارتباط قدره (0.525) بالنسبة لطلاب وطالبات الجامعة، وكلا المعاملين دالين إحصائياً عند مستوى (0.01) مما يشير إلى صدق تلازمي مرتفع للمقياس.

- الصدق التمييزي :

طبق المقياس على مجموعة من تلاميذ المرحلة الثانوية (ن=200)، ومجموعة أخرى من التلميذات (ن=200)، وتم حساب النسبة الحرجة للدرجات الأعلى والدرجات الأدنى لمجموعة التلاميذ والتلميذات، فجاءت قيمة النسبة الحرجة (25.07) بالنسبة للتلاميذ، و(23.24) بالنسبة للتلميذات وهاتان القيمتان دالتان إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي والأفراد الذين لا يعانون من الرهاب الاجتماعي.

وتم إتباع نفس الإجراء مع طلاب وطالبات المرحلة الجامعية حيث طبق المقياس على مجموعة من الطلاب (ن=200) ومجموعة أخرى من الطالبات (ن=200) وتم حساب النسبة الحرجة على حدة، فجاءت قيمة النسبة الحرجة (21.11) بالنسبة للطلاب و(23.67) بالنسبة للطالبات، وهاتان القيمتان دالتان إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي.

ب - ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين :

- طريقة إعادة الإجراء :

تم تطبيق المقياس على مجموعتين أحدهما لتلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية (ن=100)، والأخرى لطلاب وطالبات الجامعة (ن=120) ثم أعيد التطبيق مرة أخرى على نفس المجموعتين بفواصل زمني قدره ثلاثة أسابيع، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات كل مجموعة في التطبيقين الأول والثاني فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (896.0) بالنسبة لتلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية، ومعامل ارتباط قدره (0.873) بالنسبة لطلاب وطالبات المرحلة الجامعية، وكلا المعاملين دال إحصائياً عند مستوى (0.01) مما يوحي بتوافر شرط الثبات بالنسبة للمقياس.

- معامل ثبات ألفا لكرونباخ :

تم حساب معامل ألفا باستخدام مجموعة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية (ن=100)، ومجموعة أخرى من طلاب وطالبات الجامعة (ن=100)، فتم التوصل إلى معامل ثبات قدره (0.92) بالنسبة لتلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية ومعامل ثبات قدره (0.91) بالنسبة لطلاب وطالبات الجامعة، وكلا المعاملين دالين إحصائياً عند مستوى (0.01) مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بقدر من الثبات.

(مجدي محمد الدسوقي، 2004، ص ص 25-33) .

الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية :

أما في الدراسة الحالية للتأكد من مدى ملائمة مقياس الرهاب الاجتماعي لـ " مجدي محمد الدسوقي " مع البيئة المحلية، قامت الباحثة بتطبيقه على عينة تتكون من (80) فرداً كما وضحنا سابقاً في عينة الدراسة الاستطلاعية، وقد تم حساب صدق وثبات المقياس كالتالي:

أ - صدق المقياس :

تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) حيث قامت الباحثة بأخذ (27%) من أعلى درجات المقياس و(27%) من أدنى درجات المقياس لعينة من (80) فرداً وهذا بعد ترتيب هذه الدرجات تصاعدياً فتصبح مجموعتان تتكون كل منها من (22) فرداً لأن $(22 = 0.27 \times 80)$ ، ومنه نأخذ (22) فرداً من المجموعة العليا و(22) فرداً من المجموعة الدنيا، ثم نستعمل أسلوباً إحصائياً ملائماً وهو اختبار "ت" لدلالة الفرق بينهما وهذا باستخدام نظام (spss 13.0) (أنظر الملحق رقم 03) . وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي :

جدول رقم (09) : يبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا

في مقياس الرهاب الاجتماعي.

مقياس	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	" ت "	مستوى الدلالة
-------	-----------	---	-----------------	-------------------	-------	---------------

0.01 دال	14.09	1.41	3.77	22	المجموعة الدنيا	الرهاب الاجتماعي
		7.40	18.54	22	المجموعة العليا	

يتبين من الجدول رقم (09) أن قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) مما يعني أن المقياس يتوفر على القدرة التمييزية بين المجموعتين الدنيا والعليا ومنه فالمقياس يعتبر صادقاً فيما يقيسه .

ب - ثبات المقياس :

لمعرفة ذلك قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس الرهاب الاجتماعي باستخدام معامل ثبات ألفا لكرونباخ " Alpha Coefficient " حيثُ طبق مقياس المخدرات على العينة السابقة الذكر، و باستخدام نظام (spss 13.0) (أنظر الملحق رقم 04) ، تم التوصل إلى معامل ثبات قدره (0.724) وهذا المعامل دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بقدر عالي من الثبات .

II - 4 - 2 - مقياس المخدرات :

وهو من بين أحد المقاييس الكلية التي يتكون منها اختبار وصف الشخصية PAI والذي أعده " ليزلي موراي " « Morey » سنة (1991)، ويستخدم لتحديد درجة الإدمان لدى المفحوص ومن ثمة تحديد الأفراد الأكثر والأقل انخراطاً في سلوك تعاطي المخدرات، ويتكون المقياس من (12) عبارة ، ولقد قام مصري عبد الحميد حنورة بتعريبه.(أنظر الملحق رقم 05) .

• طريقة تصحيح المقياس :

تتم الإجابة على المقياس في ضوء أربعة بدائل كالتالي :
(لا ينطبق إطلاقاً ، ينطبق قليلاً ، ينطبق غالباً ، ينطبق تماماً)
ويعطى المفحوص درجة معينة حسب فئة الإجابة كالتالي :

لا ينطبق إطلاقاً = 0

ينطبق قليلاً = 1

ينطبق غالباً = 2

ينطبق تماماً = 3

مع العلم أنه يتم تصحيح البنود التي تحمل أرقام (63،103،142،342) بقلب تقدير إجابات البنود . ثم بعد ذلك يتم جمع الدرجات التي منحت لجميع البنود ليحصل المفحوص على درجته في مقياس المخدرات.

• الخصائص السيكومترية للمقياس :

اكتفى مترجم الاختبار بالإشارة إلى صدقه وثباته، ولم يصرح بالقيم التي حصل عليها وفيما يلي إشارة إلى الطرق التي اعتمد عليها في حساب الصدق والثبات :
قام مترجم اختبار وصف الشخصية بتقنيه في البيئة المصرية والبيئة الكويتية وقد أسفر حساب الصدق عن توفر أدلة كافية على أن الاختبار على درجة عالية من الصدق، فقد ثبت صدق الارتباط بمحكات خارجية حيث أن هناك ارتباطاً عالياً بين مقياس الاستخبار والمقاييس التي استخدمت لحساب الصدق التلازمي، وقد ثبت من التحليل العاملي للمقاييس أنها تتمحور في عوامل ذات معنى مفهوم ومتماسك وعلى الرغم من احتمال تزييف الإجابة على بنود تعاطي المخدرات إلا أن نتائج الدراسات التي استخدمت فيها المقياس لأغراض التصنيف والتشخيص أثبتت كفاءة عالية .

أما عن الثبات فقد ظهر من الدراسات التي أجريت في البيئة المصرية وفي البيئة الكويتية أن جميع مقاييس الاختبار على درجة عالية من الثبات سواء باستخدام طريقة إعادة التطبيق أو الاتساق الداخلي باستخدام ألفا. (مصري عبد الحميد حنورة، 2005، ص ص 9-25).

• الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية :

أما في الدراسة الحالية للتأكد من مدى ملائمة مقياس المخدرات " لمصري عبد الحميد حنورة "، قامت الباحثة بتطبيقه على عينة تتكون من 30 فرداً من مدمني

المخدرات كما تم ذكره سابقا في عينة الدراسة الاستطلاعية، وقد تم حساب صدق وثبات المقياس كالتالي:

أ - صدق المقياس :

تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) :

حيث قامت الباحثة بأخذ (27%) من أعلى درجات المقياس و(27%) من أدنى درجات المقياس للعينة التي تتكون من (30) فرداً، وهذا بعد ترتيب هذه الدرجات تصاعدياً فتصبح مجموعتان تتكون كل منها من (08) فرداً لأن $(08 = 0.27 \times 30)$ ، ومنه نأخذ (08) أفراد من المجموعة العليا (08) أفراد من المجموعة الدنيا، ثم نستعمل أسلوباً إحصائياً ملائماً وهو اختبار "ت" لدلالة

الفرق بينهما وهذا باستخدام نظام (spss13.0) (أنظر الملحق رقم 06)، وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (10) : يبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا في مقياس المخدرات

مقياس	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
المخدرات	المجموعة الدنيا	8	13.37	3.11	8.08	0.01 دال
	المجموعة العليا	8	23.50	1.69		

يتبين من الجدول رقم (10) أن قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) مما يعني أن المقياس يتوفر على القدرة التمييزية بين المجموعتين الدنيا والعليا ومنه فالمقياس يعتبر صادقاً فيما يقيسه .

ب - ثبات المقياس :

لمعرفة ذلك قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس المخدرات باستخدام معامل ثبات ألفا لكرونباخ " Alpha Coefficient " حيثُ طبق مقياس المخدرات على العينة السابقة الذكر، وباستخدام نظام (spss 13.0) (أنظر الملحق رقم 07) ، تم التوصل إلى معامل ثبات قدره (0.581) وهذا المعامل دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بقدر من الثبات .

II-5 - إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية :

بعد التأكد من صدق وثبات المقاييس، قامت الباحثة بتطبيقها ميدانياً على عينة مدمني المخدرات، الذين يترددون على المركز الوسيط لعلاج الإدمان بوخضرة -عنابة، كذلك على عينة غير المدمنين من خلال الخطوات التالية :

- الحصول على موافقة الإدارات المعنية والمذكورة سابقاً في مجتمع الدراسة، لتطبيق الدراسة ميدانياً على عينة غير المدمنين، بالنسبة لعينة مدمني المخدرات فقد تم الحصول على الموافقة سابقاً أثناء إجراء الدراسة الاستطلاعية، أما عينة غير المدمنين فقد تم الحصول على الموافقة من إدارة المعهد .

- قامت الباحثة بتطبيق المقاييس في مركز معالجة الإدمان وفي المعهد الوطني للتكوين وقد تمت مراعاة التعليمات الخاصة بكل مقياس وشرحها لأفراد العينة إن تتطلب الأمر

- تم حساب درجات عينة مدمني المخدرات على مقياس المخدرات، أيضاً حساب درجاتهم على مقياس الرهاب الاجتماعي كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (11) : يوضح الدرجات الكلية لأفراد عينة مدمني المخدرات على كل من

مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس المخدرات في الدراسة الأساسية قبل المعالجة

الإحصائية بنظام SPSS

الأفراد	درجات مقياس الرهاب الاجتماعي	درجات مقياس المخدرات
---------	------------------------------	----------------------

22	20	1
30	21	2
30	30	3
30	19	4
19	17	5
16	25	6
21	12	7
21	15	8
12	14	9
25	26	10
25	23	11
24	21	12
16	11	13
15	19	14
14	15	15
24	19	16
30	22	17
31	25	18
20	22	19
19	14	20
16	16	21
12	21	22
22	30	23
25	25	24
26	24	25
17	26	26
18	30	27
14	21	28
24	28	29
26	24	30
28	15	31
29	19	32
23	18	33
18	25	34

21	21	35
16	20	36
17	13	37
15	19	38
19	17	39
26	21	40
23	28	41
22	17	42
19	15	43
16	16	44
25	20	45
29	21	46
30	25	47
21	15	48
19	19	49
23	24	50
30	28	51
32	29	52
31	26	53
31	17	54
19	14	55
19	17	56
22	20	57
21	23	58
29	30	59
19	12	60
24	30	61
31	26	62

- كما تم حساب درجات أفراد عينة غير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي والنتائج موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (12) : يبين الدرجات الكلية لأفراد عينة غير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي في الدراسة الأساسية قبل المعالجة الإحصائية بنظام SPSS

الأفراد	درجات مقياس الرهاب الاجتماعي	الأفراد	درجات مقياس الرهاب الاجتماعي	الأفراد	درجات مقياس الرهاب الاجتماعي
1	15	28	14	55	08
2	07	29	07	56	09
3	13	30	07	57	13
4	08	31	03	58	08
5	11	32	05	59	16
6	12	33	11	60	12
7	08	34	07	61	10
8	18	35	09	62	14
9	22	36	06	63	16
10	11	37	12	64	17
11	9	38	06	65	06
12	11	39	19	66	04
13	13	40	12	67	12
14	12	41	10	68	07
15	11	42	06	69	09
16	09	43	10	70	04
17	10	44	16	71	10
18	13	45	17	72	07
19	08	46	08	73	11
20	20	47	11	74	07
21	07	48	10	75	05
22	11	49	09	76	06
23	10	50	12	77	11
24	07	51	04	78	08
25	13	52	13	79	24
26	11	53	05	80	10
27	09	54	16	81	09
82	12	107	06	132	08
83	10	108	07	133	22
84	11	109	14	134	08
85	19	110	09	135	20
86	12	111	05	136	08

13	137	09	112	05	87
17	138	07	113	09	88
25	139	12	114	06	89
08	140	13	115	07	90
11	141	11	116	05	91
08	142	09	117	12	92
13	143	10	118	11	93
17	144	08	119	15	94
09	145	06	120	08	95
10	146	12	121	12	96
09	147	02	122	02	97
17	148	09	123	08	98
15	149	06	124	17	99
13	150	16	125	05	100
09	151	07	126	11	101
17	152	12	127	16	102
21	153	01	128	14	103
09	154	12	129	12	104
		05	130	10	105
		02	131	16	106

II-6 - الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

من أجل حساب صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة، والإجابة على تساؤلات الدراسة الحالية، استخدمت الباحثة نظام (spss 13.0)، وذلك بالاعتماد على العمليات الإحصائية التالية :

f - من أجل حساب صدق وثبات المقياسين المستخدمين في الدراسة تم استخدام العمليات الإحصائية التالية :

- تم استخدام المتوسط الحسابي، وهو من مقاييس النزعة المركزية، وهذا لحساب المتوسط الحسابي لمتغير العمر الخاص بعينة الدراسة الاستطلاعية. وتم باستخدام المعادلة التالية :

$$س = \frac{\text{مجم س}}{ن}$$

تم استخدام الانحراف المعياري، وهو من مقاييس التشتت، وهذا لحساب الانحراف المعياري لمتغير العمر الخاص بعينة الدراسة الاستطلاعية .

$$ع = \sqrt{\frac{\text{مجم (س - م)}^2}{ن}}$$

- تم استخدام اختبار " ت " لدلالة الفرق بين عينتين مستقلتين ومتساويتين ومتجانستين: $ن_1=ن_2=ن$ ، وهذا للتوصل للفروق بين درجات المجموعات الدنيا والمجموعات العليا لإفراد عينة الدراسة الاستطلاعية أثناء حساب الصدق التمييزي، للتأكد من صدق المقياسين المستخدمين في الدراسة .

$$م_1 - م_2$$

$$= ت$$

$$\frac{\frac{م_1^2}{ن_1} + \frac{م_2^2}{ن_2}}{ن_1 + ن_2}$$

- تم استخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات المقياسين المستخدمين في الدراسة .

$$\left(\frac{\text{مج}^2 \text{ع ب}}{\text{ع ك}^2} \right) - 1 \times \frac{\text{ن}}{1 - \text{ن}} = \alpha$$

ب - من أجل الإجابة على تساؤلات الدراسة الحالية تم استخدام العمليات الإحصائية التالية :

- للإجابة على التساؤل الأول من تساؤلات الدراسة تم استخدام معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات

$$r = \frac{\text{ن مج س} \times \text{ص} - \text{مج س} \times \text{ص}}{\sqrt{(\text{ن مج س}^2 - (\text{مج س})^2)(\text{ص}^2 - (\text{ص})^2)}}$$

$$r = \frac{(\text{ن مج س} \times \text{ص} - \text{مج س} \times \text{ص})}{\sqrt{(\text{ن مج س}^2 - (\text{مج س})^2)(\text{ص}^2 - (\text{ص})^2)}}$$

- للإجابة على التساؤل الثاني تم استخدام اختبار " ت " لدلالة الفرق بين عينتين مستقلتين غير متساويتين ومتجانستين. وهذا لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات لإيجاد الفروق بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي .

$$t = \frac{\text{م}^2 - \text{م}^2}{\text{ن}}$$

$$t = \frac{\left[\frac{\sum_{i=1}^n \left(\frac{x_i^2}{\text{ن}_i} \right) - \frac{(\sum_{i=1}^n x_i)^2}{\text{ن}_1 + \text{ن}_2}}{\frac{1}{\text{ن}_1} + \frac{1}{\text{ن}_2}} \right]}{\text{ن}_1 + \text{ن}_2 - 2}$$

- للإجابة على التساؤل الثالث تم استخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه لمعرفة مدى اختلاف درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات باختلاف متغير العمر .

الفصل الخامس : عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

I - عرض النتائج .

II - مناقشة وتفسير النتائج .

III - استنتاج عام .

IV - خاتمة.

V - الاقتراحات .

تمهيد :

يتضمن هذا الفصل عرضا للنتائج التي أسفرت عنها الدراسة التي تسعى للكشف عن العلاقة بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات، ومقارنة بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي، مع مناقشة وتفسير لهذه النتائج واستنتاج عام، أيضا خاتمة الدراسة، مع مجموعة من الاقتراحات في ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج .

I - عرض النتائج : -

سيتم عرض النتائج بدء بنص الفرضية، والطريقة الإحصائية المستخدمة لاختبار صدق هذه الأخيرة.

I - 1 - عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى :

نص الفرضية الأولى :

" توجد علاقة ارتباطية بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات ".
وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط " بيرسون " بين الدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة مدمني المخدرات على مقياس الرهاب الاجتماعي وبين الدرجات التي حصلوا عليها على مقياس المخدرات ، وبعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS (أنظر الملحق رقم 08) ، حصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (13) : يوضح معامل الارتباط بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان

المخدرات لدى مدمني المخدرات

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الرهاب الاجتماعي – إدمان المخدرات	0.448	0.01 دال

يتضح من الجدول رقم (13) أن قيمة معامل الارتباط بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات لدى مدمني المخدرات والمساوية لـ (0.448) دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذه العلاقة الارتباطية هي علاقة موجبة وتعني أنه كلما زادت درجة الرهاب الاجتماعي زاد إدمان المخدرات ، وكلما قلت درجة الرهاب الاجتماعي قل إدمان المخدرات .

I - 2 - عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية :

نص الفرضية الثانية :

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المخدرات وغير المدمنين " .

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار " ت " لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينتين من مدمني المخدرات وغير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي، وبعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS (أنظر الملحق رقم 09) تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (14) : يوضح نتائج اختبار " ت " لدلالة الفروق بين متوسط درجات مدمني

المخدرات ومتوسط درجات غير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي.

نوع العينة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	" ت "	مستوى الدلالة
مدمني المخدرات	62	20.88	5.20	214	14.58	0.01
غير المدمنين	154	10.57	4.48			

يتضح من الجدول رقم (14) المتعلق باختبار " ت " لإيجاد الفروق بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي أن قيمة " ت " المحسوبة تساوي (14.58) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) ، مما يشير

بوضوح إلى وجود فروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين المبحوثين من مدمني المخدرات وغير المدمنين .

كما يتضح من نفس الجدول أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة مدمني المخدرات على مقياس الرهاب الاجتماعي قد بلغ (20.88) بانحراف معياري قدره (5.20)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة غير المدمنين على نفس المقياس والذي بلغت قيمته (10.57) بانحراف معياري قدره (4.48) مما يدل على أن الفروق الموجودة بين درجات المبحوثين من مدمني المخدرات وغير المدمنين لصالح المدمنين، أي أنهم لديهم درجة مرتفعة من الرهاب الاجتماعي .

I - 3 - عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة :

نص الفرضية الثالثة :

" تختلف درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات باختلاف العمر " .
للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة " ف " باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه لتحديد الفروق في درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات طبقاً لاختلاف العمر، وبعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS (أنظر الملحق رقم 10) حصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (15) : يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي الاتجاه لتحديد الفروق في درجة

الرهاب الاجتماعي بين الأعمار المختلفة لأفراد عينة مدمني المخدرات

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة " ف "	الدالة الإحصائية	مستوى الدالة
العمر	بين المجموعات	23.506	11.753	2	0.426	0.655	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	1628.704	27.605	59			
	المجموع	1652.210		61			

يتضح من الجدول رقم (15)، أن قيمة " ف " (0.426) في حين بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (0.655) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05) ، مما يعني أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف لدى مدمني المخدرات باختلاف العمر.

II - مناقشة وتفسير النتائج :

بعد أن تطرقنا إلى عرض النتائج في الجداول التي تم عرضها في العنصر الخاص بعرض النتائج من هذا الفصل، سنتعرض في هذا العنصر إلى مناقشة النتائج في ضوء فرضياتها والدراسات السابقة كالتالي :

II - 1 - مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى :

إن البيانات المتحصل عليها من عرض النتائج الخاصة بالفرضية الأولى بإستخدام معامل الارتباط " بيرسون " والموضحة في الجدول رقم (13) ، والتي تبين معامل الارتباط بين درجات أفراد عينة مدمني المخدرات على مقياس الرهاب الاجتماعي ودرجاتهم على مقياس المخدرات، تظهر أن قيمة الارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يشير إلى وجود علاقة طردية بين درجات أفراد العينة في مقياس الرهاب الاجتماعي ودرجاتهم في مقياس المخدرات .

وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى أن الكثير من المصابين بالاضطرابات النفسية يلجأون إلى علاج أعراضهم المرضية بطرق غير سوية، خاصة المصابين باضطراب الرهاب الاجتماعي فتجدهم قد يلجأون إلى المخدرات للتغلب على تلك الأعراض التي تنتابهم في المواقف الاجتماعية، وهذا ماسبق الإشارة إليه في الجانب النظري .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة ، فقد كشفت نتائج دراسة "بيزارب وآخرون" «Bisserbe Et al ,1996» بأن المصابين باضطراب الرهاب الاجتماعي يتعاطون على الأقل واحد من المخدرات، كما أشارت دراسة قام بها مجموعة من الباحثين بقسم طب الأمراض العقلية والسلوكية بجامعة كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية سنة (1997) إلى وجود علاقة بين الرهاب الاجتماعي والاعتماد على

الكوكايين ، كذلك كشفت دراسة " جريجوري وآخرون " « Grégoire et al ,2004 » على انتشار الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات بنوعيه، حيث توصلت الدراسة

إلى أن (20%) من أفراد العينة والبالغ عددهم (150) يعانون من الرهاب الاجتماعي المعم، و(42.6%) يعانون من الرهاب الاجتماعي الخاص ، وتؤكد دراسة (كتاب بن عقيلان، 2005) على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المسكرات والحشيش بين المبحوثين، حيث أن هناك دور للرهاب الاجتماعي في الدفع نحو تعاطي الحشيش والمسكرات .

كذلك هناك دراسة " فان وآخرون " « Van et al,1991 » هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والاضطرابات الأخرى، حيث قام الباحثون بدراسة (57) مصابا باضطراب الرهاب الاجتماعي للتعرف على الاضطرابات الأخرى الملازمة له، ولقد توصلت هذه الدراسة إلى أن نسبة (15%) من أفراد العينة يتعاطون المخدرات المتنوعة للتغلب على مظاهر الخوف، إضافة إلى انتشار اضطرابات أخرى كالاكتئاب وتعاطي الكحول.(كتاب بن عقيلان، 2005، ص108) .

من خلال استعراض هذه الدراسات نلاحظ بشكل عام العلاقة الارتباطية بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات على مختلف أنواعها .

كما أن هذه النتيجة التي وصلت إليها الباحثة تتسق مع ما أشار إليه " حسان المالح " بأن الأشخاص اللذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يستعملون الكحول أو المواد المخدرة، كي يستطيعوا مواجهة المواقف الاجتماعية العادية التي تسبب لهم الخوف والارتباك، أيضا مع ما ذكر في الإطار النظري بأن للرهاب الاجتماعي عدة مضاعفات وأثار سلبية منها إدمان المخدرات، حيث أن المصابين باضطراب الرهاب الاجتماعي يلجأون إلى تعاطي المخدرات في معرض بحثهم عن دواء شاف للتغلب على أعراض هذا الاضطراب، وإعادة الاعتبار لذواتهم .

وتشير أدبيات الدراسة أيضا إلى أن من بين أكثر الشخصيات تعرضا للوقوع في دائرة الإدمان هي الشخصية المتهيبة اجتماعيا ، فالتمهيب اجتماعيا شخص خجول يفضل العزلة ويهرب من الناس والتجمعات، ولا يقوى على مواجهتهم، ولا يقوى على التعبير عن رأيه، ويشعر باضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الناس، وقد يكتشف

أن إحدى المواد المخدرة تزيل خجله وتطلق لسانه وتهدئ من فزعه فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة ودون خجل، ويجد نفسه مضطراً لاستعمال هذه المادة كلما اضطرت له الظروف .

وعموماً تجد نتيجة الفرضية الأولى تدعياً في التراث النفسي، فباعتبار أن الرهاب الاجتماعي يصنف ضمن اضطرابات القلق وهذا حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي وهذا ماسبق الإشارة إليه سابقاً في الجانب النظري، فإن الدليل العلمي يشير بأن اضطراب القلق يؤدي إلى اضطراب إدمان المخدرات فلقد توصل "ريجير وآخرون" « Regier et al,1998 » إلى أن هناك علاقة إيجابية بين اضطراب القلق واضطراب إدمان المخدرات، كما أوضحت دراسة " النجار وكلاارك" « Inajjar and Clark,1998 » أن هناك ارتباط بين مستويات القلق وتعاطي المخدرات بين الكويتيين، ولقد ظهر لدى المتعاطون مستويات مرتفعة من القلق مقارنة بغير المتعاطين. (صفوت فرج، 2007، ص289) .

II - 2 - مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية :

إن البيانات المتحصل عليها من خلال عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثانية باستخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة من مدمني المخدرات وغير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي والموضحة في الجدول رقم (14) تظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرهاب الاجتماعي بين الباحثين من مدمني المخدرات وغير المدمنين، حيث كانت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة بين متوسطات درجات الرهاب الاجتماعي لدى العينة تبلغ (14.58) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى (0.01) وجاء هذا الفرق لصالح أفراد عينة مدمني المخدرات .

وتعني هذه النتيجة أن مدمني المخدرات يعانون من الرهاب الاجتماعي بدرجة أكبر من غير المدمنين، وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى أن المدمنين ينتمون إلى أسر غالباً ما تكون مضطربة أو متصدعة يقوم فيها أسلوب التنشئة الاجتماعية على أساس خاطئ لا يوفر النمو النفسي السليم مما يؤدي إلى اضطراب علاقاتهم الاجتماعية فيما بعد، أيضاً

بالرجوع إلى النظرية الاجتماعية نجد أن من بين تفسيراتها لظاهرة إدمان المخدرات هو أن هذا الشخص المدمن هو شخص يعيش وسط مجتمع لا تتضح فيه الرؤية ، ويكثر فيه الإحباط الجماعي لقدراته لذلك فمن المنطقي أن ترتفع عنده درجة الرهاب الاجتماعي مقارنة بغيره أي غير المدمن، وبالرجوع إلى النظرية النفسية الاجتماعية نجد بأن من بين الفرضيات التي تركز عليها في تفسير إدمان المخدرات، هو أنها تعتبر بأن الإدمان قد يكون ناتجا عن اضطراب في العلاقة بين الأهداف الشخصية والحاجات الاجتماعية هذه الأخيرة تجعلنا نتأكد من منطقية النتيجة التي تم التوصل إليها.

وفي الحقيقة لم يقع بين يدي الباحثة دراسات سابقة في هذا الشأن يمكن من خلالها مقارنة هذه النتائج، إلا أنه يمكن استغلال دراسة " كتاب بن عقيلان العتيبي، 2005 " حيث قام بدراسة الفروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المسكرات ومدمني الحشيش، وتوصل إلى أنه لا توجد فروق بين العينتين في درجة الرهاب الاجتماعي .

وهذا دليل واضح نستطيع الاستناد عليه من أجل التأكد من النتيجة التي تم التوصل إليها فدرجة الرهاب الاجتماعي لم تختلف في هذه الدراسة، لأن المقارنة تمت بين عينتين تعاني من اضطرابات الإدمان (المسكرات، الحشيش)، فمن الطبيعي أن تكون درجة الرهاب الاجتماعي متقاربة بشكل كبيراً لدى أفراد العينتين، نظراً للأسباب المشتركة التي جعلتهم يقعون في دائرة الإدمان، وهذا ما أكدته الباحثة .

كما أن هذه النتيجة تعتبر دلالة أخرى على أن درجة الرهاب الاجتماعي لها علاقة بالوقوع في اضطراب إدمان المخدرات، لأن درجات أفراد عينة المدمنين في الرهاب الاجتماعي أكبر من درجات أفراد عينة غير المدمنين، وهذا ما يؤكد النتائج التي توصلت إليها الفرضية الأولى التي برهنت على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات .

II - 3 - مناقشة وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة :

إن البيانات المتحصل عليها من خلال عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة باستخدام تحليل التباين أحادي الإتجاه، والموضحة في الجدول رقم (15) المتعلق بالتعرف على مدى اختلاف درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات باختلاف

العمر، تظهر أن القيمة الفائية غير دالة إحصائياً مما يشير بوضوح إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف لدى مدمني المخدرات باختلاف العمر، أي أن العمر لا يؤثر أو يميز أفراد العينة في درجة الرهاب الاجتماعي عن بعضهم .

وبالرجوع إلى الدراسات السابقة التي تم الإشارة إليها في الجانب النظري نجد أن هناك دراسة واحدة اهتمت بدراسة الفروق بين درجة الرهاب الاجتماعي والتي تعزى إلى اختلاف العمر، هذه الأخيرة المتمثلة في دراسة " كتاب بن عقيلان ، 2005 " والتي توصلت إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لا تختلف باختلاف العمر، وبالتالي نتائج هذه الدراسة تتسق مع نتائج الدراسة الحالية .

وعلى العموم ترى الباحثة بأنها نتيجة طبيعية ومنطقية، وهذا بالإعتماد على أدبيات الدراسة، فالرهاب الاجتماعي اضطراب نفسي شأنه شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والبدنية التي لا يمكن أن نعزوها إلى متغير شخصي معين ، فهو اضطراب عادة يبدأ في أواخر مرحلة الطفولة وبداية مرحلة المراهقة، وبالرجوع إلى خصائص عينة الدراسة الحالية يتضح أن من أعمارهم أنهم قد تجاوزوا المرحلة العمرية التي من الممكن أن تحدث فيها الإصابة. ولقد حاول العديد من العلماء كشف أغوار هذا الاضطراب ومعرفة مسبباته، والحقيقة تختلف أسباب الرهاب الاجتماعي باختلاف مدراس علم النفس، فنجد أن التفسير البيولوجي أرجعه إلى عوامل وراثية، والتفسير الفزيولوجي أرجعه إلى اختلال في نشاط بعض المواد الكيميائية ، أما بالنسبة للتحليلين فعزوه إلى صراعات داخلية وعقد نفسية، ورغبات مكبوتة في مرحلة الطفولة .

وعزاه البعض الآخر إلى الإشرط والتعلم الخاطئ كما عند السلوكيين أو إلى تقليد الجماعات المرجعية كما هو الحال عند أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي، وإلى طريقة تفكير الفرد وتفسيره الخاطئ للأحداث، وإلى العوامل الأسرية والتنشئة الاجتماعية، وإلى الأمور التربوية والعوامل الثقافية السلبية كما عند علماء الاجتماع، وبعد هذا العرض الموجز للأسباب التي تساهم في ظهور الرهاب الاجتماعي، يتضح أنه لا يوجد عامل واحد، ففي كل حالة ربما يجتمع العديد من العوامل، وهذا ما يتسق مع النتيجة المتوصل إليها أي أن العمر لا يؤثر أو يميز أفراد العينة في درجة الرهاب الاجتماعي عن بعضهم .

إلا أن الباحثة في هذا المقام ترجح طرح نظرية العوامل الأسرية من أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب يعود إلى الأسلوب الخاطئ في التنشئة الاجتماعية والأساليب التربوية الغير ملائمة التي يتبعها الوالدين في التربية مثل إطلاق الصفات وإصاق النعوت بالطفل، كذلك كثرة الأوامر والنواهي والممنوعات، خاصة وأن المجتمع الجزائري يعاني من هذه المعضلة الخطيرة التي تتعلق بعدم احترام الأطفال والمراهقين، وطردهم من مجالس الكبار بطريقة قاسية ، كذلك شدة العقاب والتحقير أمام الآخرين مما يزيد من الشعور بالضعف ومن مراقبة النفس وتضعف القدرة لديهم على التعبير التلقائي، مما يزيد في تجنبه للمواقف الاجتماعية، وبالتالي فبالنسبة لعينة مدمني المخدرات في الدراسة الحالية فربما يعود الاختلاف في درجة الرهاب الاجتماعي عندهم إلى عوامل أسرية، خاصة أن العديد من الدراسات قام بها باحثين جزائريين أثبتت أن هناك علاقة بين أساليب التنشئة الاجتماعية وظهور بعض الاضطرابات النفسية . نذكر منها دراسة " شرقي رحيمة، 2005" وهي عبارة عن مذكرة ماجستير تحت عنوان (أساليب التنشئة وانعكاساتها على المراهق) ، والتي هدفت إلى التعرف على أساليب التنشئة الأسرية وعلاقاتها بظهور بعض الممارسات

والسلوكيات السلبية لدى المراهقين. فتوصلت إلى أن أسلوب الإهمال الوالدي في التنشئة يؤدي إلى تسبب المراهق، وأيضا أسلوب التدليل الوالدي في التنشئة يؤدي إلى خلق روح الاتكالية لديه، أيضا أن أسلوب التذبذب الوالدي في التنشئة يؤدي بالمراهق إلى عدم التمييز بين المواقف . (شرقي رحيمة، 2005 ، ص ص 207-209-213).

كذلك نذكر دراسة " سليمة فيلالي، 2005 " وهي عبارة عن مذكرة ماجستير تحت عنوان (علاقة الأسرة والتنشئة الاجتماعية بالعنف المدرسي)، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين أساليب التنشئة المستخدمة داخل الأسرة وبين ممارسة التلاميذ لسلوك العنف، ومن بين النتائج المتوصل إليها أن العوامل الأسرية المتمثلة في نمط التربية السيئة من المعاملة القاسية، وعدم العناية الوالدية والتفرقة بين الأبناء... إلخ تؤدي جميعها إلى العنف. (فيلالي سليمة، 2005 ، ص ص 10-171).

أيضا نستطيع إرجاع النتيجة المتوصل إليها إلى التغير السريع الذي شهدته الجزائر في الأونة الأخيرة، فالجميع يعرف أن الجزائر قد مرت بفترة عصيبة جداً ابتداء من تسعينات القرن الماضي ، تميزت بهمجية دموية لم تعرفها البلاد من قبل ، مما ساهم إلى حد كبير في تبدد الكثير من القيم وتبدلها ، واضطرابات العلاقات الإنسانية والشعور بالرهاب الاجتماعي حيث أن هذه التغيرات أدت إلى تأثيرات خطيرة على شخصية الفرد وعلاقته بالآخرين فأصبح الفرد يهاب من الانخراط في العلاقات الاجتماعية أو على مواصلة الانخراط في علاقاته السابقة، وبالأحرى أصبح يخاف ويتوقع أن الآخر دائما سوف يؤذيه .

III - استنتاج عام :

يتضح من خلال عرض ومناقشة نتائج الفرضيات أن الدراسة الراهنة قد حاولت تحقيق أهدافها بطرق إحصائية متعددة، حيث كشفت عن العلاقة بين متغيرات الدراسة وعن الفروق بين أفراد العينتين في هذه الأخيرة، والتوصل إلى تحقق الفرضيات أو عدم تحققها ، ومن ثمة تم الخروج بالنتائج التالية :

- 1- بالنسبة للعلاقة الارتباطية بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات، كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات، وهذه النتيجة تتسق مع نتائج دراسات أخرى في هذا المجال تم ذكرها سابقا، إلا أنه يجب الإشارة إلى أن هذه النتيجة (العلاقة الارتباطية الموجبة) لم تتضح في أي دراسة أخرى، فقد أشارت جميع الدراسات التي تمكنت الباحثة

من الحصول عليها بشكل عام إلى وجود ارتباط بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات .

وبناء على ماتقدم يتبين أن الفرضية الأولى التي تنص على أنه توجد علاقة ارتباطية بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات قد تحققت نسبيا .

2- بالنسبة للفروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المخدرات وغير المدمنين فقد دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي لصالح مدمني المخدرات ، إلا أنه لا توجد دراسات في هذا الشأن يمكن من خلالها مقارنة النتائج ، ولقد فسرت الباحثة هذه النتائج بالاعتماد على بعض النظريات .

وبناء على ماتقدم يتبين أن الفرضية الثانية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المخدرات وغير المدمنين قد تحققت نسبيا، ونتيجة الفرضية الثانية تؤكد نتائج الفرضية الأولى .

3 - بالنسبة لأثر متغير العمر على درجة الرهاب الاجتماعي بين المجموعات العمرية الثلاث من مدمني المخدرات ، فقد أوضحت نتائج الدراسة أنه لا تختلف درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات باختلاف العمر، وهذه النتيجة تؤكد ماأشارت إليه دراسة " كتاب بن عقيلان العتيبي، 2005 " .

وبناء على ماتقدم يتبين أن الفرضية الثالثة والتي تنص على أن درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات تختلف باختلاف العمر لم تتحقق .

١٧ - خاتمة :

لعل من الأشياء اللافتة للنظر، وكما ذكرت العديد من الدراسات الاجتماعية هو زيادة انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي، هذا الأخير الذي ينتشر بين كافة طبقات المجتمع وكافة الأعمار والمستويات الاجتماعية والاقتصادية .

ويؤثر الرهاب الاجتماعي بصورة مباشرة على الصحة النفسية للأفراد، ومن ثمة ينعكس على المجتمع ، فمن بين المشاكل الاجتماعية التي تتمخض عن هذا الاضطراب نذكر مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها، فازداد ظهورها في كل دول العالم قاطبة إلا أنها برزت كمشكلة تؤرق المجتمع الجزائري في العقد التاسع عشر من القرن الماضي، بالرغم أنها كانت معروفة من قبل لدى الفرد الجزائري، ولا يخفى على أحد أنها أصبحت من القضايا الملحة التي يجب أن تتعاون كافة العلوم والهيئات إلى وضع حلول علمية وعملية لها .

ومن هنا هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات لدى عينة من مدمني المخدرات، في دراسة مقارنة بين المدمنين وغير المدمنين .

وأُسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات، كما دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الرهاب الاجتماعي بين مدمني المخدرات وغير المدمنين، وتوصلت إلى أن درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني لا تختلف باختلاف العمر.

ومن هنا وبناءً على ماتوصلت إليه الدراسة من نتائج ، فإنه يمكننا القول بأن اضطراب الرهاب الاجتماعي له علاقة بالوقوع في دائرة الإدمان على المخدرات . فضلاً عن كون هذه الدراسة تفتح مجالاً للإهتمام بالاضطرابات النفسية كاضطراب الرهاب الاجتماعي المؤدي إلى إدمان المخدرات، من أجل المزيد من الفهم للعوامل النفسية الدافعة للإدمان ، من أجل وضع سياسة للوقاية تضمن الحدّ من انتشار هذه الظاهرة .

وفي الأخير نريد أن نشير بأن هذه الدراسة مجرد محاولة للتعرف على طبيعة العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات ، فنتائجها غير نهائية تبقى بحاجة إلى مزيد من التقصي والدراسة، من أجل التحكم أكثر في الظروف المحيطة بالبحث بغية التأكد أكثر من النتائج للاستفادة منها .

V - الاقتراحات :

تفتح الدراسة الحالية المجال لإثارة العديد من التساؤلات والتي تفتح بدورها المجال لإجراء العديد من الدراسات الميدانية مثل :

- 1 - إعادة الدراسة الحالية ، وذلك لدى المدمنين / المدمنات للمقارنة بين الجنسين في درجة الرهاب الاجتماعي .
- 2 - الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالإدمان واختيار مادة التعاطي .
- 3 - الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان الكحول .
- 4 - مدى فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات .

5 - اضطراب الضغوط مابعد الصدمة وعلاقته بالرهاب الاجتماعي.

المراجع

قائمة المراجع

I - المصادر :

- القرآن الكريم .

- الأحاديث النبوية الشريفة .

II - المراجع باللغة العربية :

II - 1 - الكتب :

- 1 - أحمد عبد العزيز الأصفر، عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع العربي، الرياض، مركز الدراسات و البحوث في جامعة نايف للعلوم الأمنية، 2004 .
- 2 - إجلال محمد سري، الأمراض النفسية والاجتماعية، القاهرة، عالم الكتب، 2003 .
- 3 - أحمد أبوالروس، مشكلة المخدرات والإدمان، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2003،
- 4 - أحمد عكاشة، الطب النفسي سالعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، دون سنة
- 5 - بريك عائض القرني، المخدرات، الطبعة الثانية ،المملكة العربية السعودية، دارابن خزيمة ، 2005 .
- 6 - جان سكوت و مارك وليامز وأرون بيك، العلاج المعرفي و الممارسة الإكلنيكية، ترجمة مصطفى عبد المعطي، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق، 2002
- 7 - جمعة سيد يوسف، الوقاية من تعاطي المخدرات، الطبعة الثانية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، 2005 .
- 8 - حسان المالح، الخوف الاجتماعي (الخجل) ، الطبعة الثانية ، دمشق، دار الإشرافات ، 1995 .
- 9 - حسن مصطفى عبد المعطي، الأسرة ومواجه الإدمان، القاهرة ، دار قباء للنشر والتوزيع ، 2002 .

- 10 - حسين فايد، الاضطرابات السلوكية (تشخيصها-أسبابها-علاجها)، القاهرة، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع ،2001 .
- 11 – // /// /// / علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)، القاهرة، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع ومؤسسة طبية للنشر والتوزيع، 2004 .
- 12 - // /// /// / دراسات في الصحة النفسية ، القاهرة ، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، 2006 .
- 13 - // /// /// / قراءات في علم النفس ،القاهرة، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع،2006.
- 14 - // /// /// / سيكولوجية الإدمان، مصر، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشروالتوزيع، دون سنة .
- 15 - حنفي محمود إمام .نور أحمد الرمادي ، الصحة النفسية والاضطرابات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية،2001
- 16 - // /// /// /علم النفس الشواذ ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2001 .
- 17 - دردار فتحي حسين الإدمان – المخدرات- الخمر- التدخين-، الجزائر، psi solutech، 2000 .
- 18 - ديفيد بارلو، مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية،ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ،2002 .
- 19 - رأفت عسكر، تعاطي المخدرات في السينما المصرية دراسة في الخطاب السينمائي المصري ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية، 2004 .
- 20 – رجاء محمود أبو علام، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية ، الطبعة الخامسة، القاهرة ، دار النشر للجامعات ، 2006 .

- 21 - رشا عبد الفتاح الديدي ، المرأة و الإدمان دراسة نفسية اجتماعية من منظور التحليل النفسي، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، 2001 .
- 22 - زين العابدين محمد علي رجب، الخدمة الاجتماعية والمخدرات ثلاثية المواجهة، القاهرة ، مكتبة النهضة العربية ، 2004 .
- 23 - س ليندزاي وج . بول، مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، 2000 .
- 24 - سامي محمد ملحم، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الرابعة، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، 2006 .
- 25 - سامية القطان ، الأمراض النفسية و العقلية في المعجم و الموسوعات النفسية- الفوبيا- الهستيريا -العصاب القهري - ، الطبعة الثانية ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ، 1982 .
- 26 - صبحي سليمان، تغلب على الخوف والخجل والقلق، مصر، دار الأمل للنشر والتوزيع ، 2007 .
- 27 - صبحي عمران شلش، السموم الاجتماعية، الطبعة الثانية، الأردن والجزائر مؤسسة المجلس العربي للعلوم والطب والتكنولوجيا ، 2004 .
- 28 - صبرة محمد علي وأشرف محمد عبد الغني شربت ، الصحة النفسية والتوافق النفسي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ، 2004 .
- 29 - عادل شكري محمد كريم، المخاوف المرضية قياسها وتصنيفها وتشخيصها، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، 2005 .
- 30 - عادل صادق، الإدمان له علاج، الطبعة الثانية، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع ، 1999.
- 31 - عادل عبد الله محمد، العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد، 2000.

- 32 - عايد علي الحميدان، أثر الحروب في انتشار المخدرات، الرياض، مركز الدراسات والبحوث في جامعة نايف للعلوم الأمنية، 2007 .
- 33 - عبد الرحمن إبراهيم، فكرة وجيزة عن اضطرابات الشخصية، الطبعة الثانية، سوريا ،شعاع النشر والتوزيع، 2007 .
- 34 - عبد الرحمن محمد العيسوي، المخدرات وأخطارها، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، 2005 .
- 35 - عبد الستار إبراهيم . عبد الله عسكر ،علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، الطبعة الثالثة، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية، 2005.
- 36 - عبد العزيز بن عبد الله البريثن، الخدمة الاجتماعية في مجال المخدرات، الرياض، مركز الدراسات والبحوث في جامعة نايف للعلوم الأمنية، 2002 .
- 37 - عبد الله السبيعي، إن كنت خجولا عالج نفسك بنفسك (وسائل علمية للتخلص من الخجل والرهاب الاجتماعي)، الرياض ، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2006 .
- 38 - عبد الله عسكر، الإدمان بين التشخيص والعلاج ، الطبعة الخامسة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2005 .
- 39 - عبد المنعم عبد الله حسيب، مقدمة في الصحة النفسية، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2005 .
- 40 - عفاف عبد المنعم، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2003 .
- 41 - علاء فرغلي، المرض النفسي بين العلم والخرافة، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، 2005..

- 42 - مجدي محمد الدسوقي، مقياس الرهاب الاجتماعي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ، 2004 .
- 43 - محمد إبراهيم عيد، الهوية القلق والإبداع، القاهرة، دار القاهرة، 2002
- 44 - محمد إبراهيم عيد، مقدمة في الإرشاد النفسي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2006 .
- 45 - محمد أحمد مشاقبة، الإدمان على المخدرات (الإرشاد والعلاج النفسي)، عمان، دار الشروق، 2007 .
- 46 - محمد السيد عبد الرحمن، علم الأمراض النفسية والعقلية الأسباب- الأعراض- التشخيص- العلاج، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، 2000 .
- 47 - محمد حسين غانم ، العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ، 2005 .
- 48 - // // // // // // // // ، علم النفس المرضي، الإسكندرية، المكتبة المصرية، 2006
- 49 - // // // // // // // // ، الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2006 .
- 50 - // // // // // // // // ، دراسات في الشخصية والصحة النفسية، الجزء الثاني، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر، 2007 .
- 51 - محمد حمدي الحجاز، المدخل إلى علم النفس المرضي، بيروت ، دار النهضة العربية ، 1998 .
- 52 - محمد سلامة غباري، الإدمان أسبابه و نتائجه وعلاجه : دراسة ميدانية، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، 1991 .
- 53 - محمد شحاتة ربيع، أصول الصحة النفسية ، الطبعة السادسة ، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، 2006 .

- 54 - محمد عباس منصور، المخدرات، القاهرة، دار نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع ، 1995 .
- 55 - محمد عوض العايدي ، إعداد وكتابة البحوث والرسائل الجامعية مع دراسة عن مناهج البحث ، القاهرة، مركز الكتاب للنشر، 2005.
- 56 - محمد كمال زين الدين، المخدرات بين الوهم والحقيقة، القاهرة ، مكتبة القرآن للطبع والنشر والتوزيع ، القاهرة ، 2001 .
- 57 - محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن ،العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، 1998 .
- 58 - مختار إبراهيمي، المخدرات أثرها في حياة الفرد والمجتمع، باتنة، مطابع عمار قرفي، 2005 .
- 59 - مدحت أبو النصر، الإعاقة الاجتماعية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، القاهرة ، مجموعة النيل العربية ، 2004 .
- 60 - مصطفى سويف، مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية ،القاهرة، الدار المصرية اللبنانية، 2000 .
- 61 - ناصر المحارب، المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، الرياض، دار الزهراء، 2000 .
- 62 - نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، عين مليلة، دار الهدى للطباعة والنشر ، 2006 .
- 63 - وفيق صفوت مختار، مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة ، القاهرة ، دار العلم والثقافة، 2005 .
- 64- ويندي درايدن . والترما تويتشك ، كيف تتخلص من الإدمان ،ترجمة خالد العامري ، القاهرة ، دار الفاروق للنشر والتوزيع ، 2006 .

II -2- المجلات والدوريات والجرائد :

- 1 - أحمد محمد عبد الخالق .حياة خليل البناء، الخوف من الأماكن الواسعة وعلاقته بالخوف الاجتماعي والتفكير السلبي التلقائي، دورية دراسات نفسية ،رابطة الأخصائيين النفسيين ،القاهرة، (المجلد السادس عشر،العدد الرابع) ،أكتوبر،2006 .
- 2 - أمان أحمد محمود، فاعلية العلاج بالتحصين والتدريب التوكيدي في علاج المخاوف الاجتماعية، مجلة الإرشاد النفسي، القاهرة، السنة الثانية،(العدد الثاني)،1994
- 3 - جمال لعلامي ، الجزائر تبحث عن 310 "زنجبيل" مهرب للمخدرات ، جريدة الشروق اليومي، الجزائر، (العدد 1865)، 12 ديسمبر2006 .
- 4 - حياة خليل البناء وأحمد محمد عبد الخالق وصلاح أحمد مراد، القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير السلبي التلقائي لدى طلاب من جامعة الكويت، دورية دراسات نفسية، القاهرة، (المجلد السادس عشر،العدد الثاني)،ابريل،2006 .
- 5 - زهية رافع، ربع المدمنين مراهقون والإدمان في تزايد عند النساء، جريدة الشروق اليومي، الجزائر، (العدد 2030)، 27 جوان 2007 .
- 6 - سميرة بلعمري ، توقيف أفارقة يروجون "الكراك" أخطر أنواع المخدرات ،جريدة الشروق اليومي، الجزائر، (العدد 2100)،17 سبتمبر2007 .
- 7 - صفوت فرج، العلاقة بين العوامل المؤدية إلى الإدمان واستراتيجية التدخل العلاجي، دورية دراسات نفسية ،القاهرة ،(المجلد السابع عشر،العدد الثاني)، ابريل،2007 .
- 8 - مصري عبد الحميد حنورة ، فروق الجنس والجنسية في اضطرابات الشخصية لدى متعاطي المخدرات (دراسة حضارية مقارنة على عينتين من مصر والكويت)، مجلة علم النفس العربي المعاصر، القاهرة ،(المجلد الأول، العدد الثاني) ،ابريل / يونيه 2005.
- 9 - مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت، (العدد205)، يناير / كانون الثاني 1996 .
- 10 - نائلة ب ، بداية الحرب على الحشيش ، جريدة الشروق اليومي،الجزائر، (العدد 1878) ، 27 ديسمبر 2006 .
- 11 - ناجي محمد هلال، إدمان المخدرات رؤية علمية واجتماعية، سلسلة اقرأ، القاهرة ، دارالمعارف، (العدد 646)،1999.

12 - نبيلة طراد وبلقاسم حوام ، عالجنا 20 ألف مدمن وتمت محاكمة 25 ألف متورط ، جريدة الشروق اليومي، الجزائر، (العدد 2030)، 27 جوان 2007 .

II - 3 - الملتقيات:

1 - زبدي مصطفى كمال، المفاهيم و المصطلحات الخاصة بالمخدرات، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، من تنظيم مشترك بين الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدmanها و وزارة التربية وبمساهمة مخبر الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر / الجزائر، مارس 2004 .

2 - صالح عبد النوري، المخطط التوجيهي الوطني لمكافحة المخدرات، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، من تنظيم مشترك بين الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدmanها و وزارة التربية وبمساهمة مخبر الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر / الجزائر، مارس 2004 .

3 - عبد المالك السايح، السياسة الوطنية للوقاية من المخدرات ومكافحتها، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدmanها، الجزائر، يومي 26 و 27 جوان 2007.

4 - قاسمي عيسى، وضع ظاهرة المخدرات في الجزائر، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي، من تنظيم مشترك بين الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدmanها و وزارة التربية وبمساهمة مخبر الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر / الجزائر، مارس 2004 .

II - 4 - الرسائل الأكاديمية :

1 - أمزيان وناس ، إستراتيجية العلاج النفسي للإدman على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك (دراسة ميدانية أجريت على مساجين مؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة) ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا ، جامعة الإخوة منتوري، الجزائر، 2007.

- 2 - بلصوار سهيلة ، التكفل بالمدمنين على المخدرات (دراسة ميدانية بالمركز الوسيط لمعالجة المدمنين على المخدرات بوخضرة - عنابة) ، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع ، جامعة باجي مختار، الجزائر، 2003/ 2004 .
- 3 - خديجة عمر محمد الحارثي، فعالية برنامج علاج عقلائي انفعالي سلوكي في خفض درجة الرهاب الاجتماعي دراسة اكلينيكية مقارنة ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب ، قسم علم النفس، جامعة عين شمس، مصر، 2003 .
- 4 - درفول نفيسة ، ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري في ظل التحولات السوسيو اقتصادية (دراسة ميدانية بالمركز الوسيط لمعالجة الإدمان) ، مذكرة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية ، قسم علم الاجتماع، جامعة باجي مختار، الجزائر، 2005/ 2006.
- 5 - سليمة فيلالي، علاقة الأسرة والتنشئة الاجتماعية بالعنف المدرسي، مذكرة ماجستير غير منشورة ، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية ، قسم علم الاجتماع، جامعة الحاج لخضر، الجزائر، 2004/2005 .
- 6 - شرقي رحيمة، أساليب التنشئة الأسرية وانعكاساتها على المراهق (دراسة ميدانية بولاية بسكرة) ، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية ، قسم علم الاجتماع ، جامعة الحاج لخضر، الجزائر، 2004/ 2005 .
- 7 - طاهر سعد حسن عمار، فاعلية بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الشباب، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة عين شمس، مصر، 2006/2007 .
- 8 - كتاب بن عقيلان العتيبي ، الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية ، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية ،جامعة نايف للعلوم الأمنية، السعودية، 2005 .

9 - محمد لطفي محمد يحيى، استخدام السيودراما في تخفيف اللوبيا الاجتماعية لدى أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم الصحة النفسية ،جامعة عين شمس، مصر، 2003

III - المراجع باللغة الأجنبية :

III – 1 – Ouvrages :

- 1 - André C . Légeron P ,la peur des autres –trac-timidité et phobie sociale- ,paris ,Odile Jacob,2000.
- 2 - // // // // // // // // // // ,la phobie social;approche clinique et thérapeutique ,paris ,Odile Jacob, 2000.
- 3 - bouvard M . Cottraux J , protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie,2ème édition collection pratique en psychologie ,paris ,Masson, 2000 .
- 4 - Chloé Carpentier . Jean Michel Costes , Drogue et Toxicomanies , Paris,1995 .
- 5 - Luis Véreau . Christine Mirabel ,psychothérapie des phobies,paris,Dunod, 2003 .
- 6-Michel Reynaud , les Toxicomanies –Alcool – Tabac-Médicaments-Drogue ,Paris , imprimerie Durand ,1984 .
- 7- Paul Denis, les phobie.1ère édition, paris, dépôt légal, 2006.
- 8 - Pierre Angel . Denis Richard et Marc Valleur , Toxicomanies , Paris , Masson , 2000 .
- 9 -Servant D ,soigner les phobies sociales pratiques en psychothérapie,paris,Masson, 2002 .
- 10 - Servant D et Parquetph J ,les phobie sociales médecine et psychothérapie ,paris, Masson, 1997 .
- 11 - Sylvie Angel et Pierre Angel , Les Toxicomanies et Leurs Famille , Paris, Armand Colin , 2002 .

12 - Thomas J et al ,Introduction to Social Problems Macmillan Publishing company , New York , 1988 .

III – 2 – Les Dictionnaires :

- 1 - Denis Richard et Jean Louis Senon , Dictionnaire- des Drogues –des -Toxicomanies –des Dépendances- , Paris , Larousse Bordas , 1999.
- 3 2- Dictionnaire de Vidal , 70 éme Edition , Paris , Edition du Vidal , 1994.
- Jacques Postel , Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, Paris , Larousse Bordas , 1998 .
- 4- Montange , Dictionnaire Encyclopédique de Michel Mastrogami et Psychologie ,Paris , 1980.
- 5- Norbert Sillamy , Dictionnaire de psychologie ,Paris , Larousse Bordas ,1999.

III – 3 – Les Revue :

- 1 -Elissolo A et Huron C et Fanget F , les phobies sociales en psychiatrie : caractéristiques clinique et modalités de prise en charge, l'encéphale,2006.
- 2 -Gohier B et Chocard AS, Goeb JL, phobie sociale et crise suicidaire, Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale ,2003.

III – 3 – Memoirres et Theses :

- 1-Karine Martin, phobie social et comportements d'alcoolisation : conduite a tenir en médecine générale a partir d'une étude de cas , Thèse de doctorat , Département de médecine , Université D'angers.2005.

IV - مواقع الانترنت :

- 1-http://www.nodrugs.8n.com/html/whatis.htm 20/07/2007 .
- 2- http://www.mcn.org/sa/ar/modules/mysections/viewcatplp?cid=2.. 24/07/2007
- 3-http://www.alwahm.org/alwahmon17.htm 24/07/2007
- 4 – http://www.mok.gov.kw/hotline/drug.com 30/07/2007
- 5-http://www.youthbshopic.com/libray/articleslibrary/arabic%syouth

%scopyou1%56you1c.htm 02/08/2007

6- http://elzayem.com/new_page_87.htm 02/08/2007

7-<http://www.tarabya.net/Articles/viewsection.aspx?secid=60&Artd=273>
19/09/2007

8- <http://phnc-drugs.org/index.php?option=comcontent&task=view&id=22&Itemid127> 22/09/2007

9- <http://www.alarbil.jeeran.com/MOKDDARAT.htm> 22/09/2007

10 –<http://www.moh.gov.kw/hohline/drug.htm> 22/09/2007

11- <http://www.rezgar.com/debat/showart.asp?aid=27036> 16/10/2007

12-<http://www.thkafa.com/modules.php?name=News&file=article&sid=1379>
17/10/2007

13- <http://www.alwaqt/print.php?aid=64917> 28/10/2007

14-<http://www.ikhwan.net/vb/showthread.php?T=36752> 29/11/2007

15-http://www.alriyadh.com/2007/04/20/article_243292.html 29/11/2007

16-<http://www.ananjordan.org/a-news/wmview.php?arti=6184> 29/11/2007

17- http://www.roro44.com/heqlths/health35_861_0.html 09/07/2007

18- <http://www.Ksau.info/VB/Showthread.Php?S=ddc649DB62C702EBE2C9D789FFF&A886DT=5959> 09/07/2007

19- <http://www.hawqhome.com/VB/T2708.html> 23/11/2007

20 – <http://www.alriadh.com/com/contents/03/10/2003/Mainpage/SAH1791.php> 26/10/2007

21 – <http://www.najahteqm.com/showarticle.php?idd=190> 10/12/2007

22 – <http://www.annaba.org/nbanezs/41/420.htm> 24/11/2007

23- <http://www.okaz.com.Sa/okaz/osf/20070505/com20070505108571.htm>
13/12/2007

24-<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&listuids=8923106&dopt=Citation> 22/12/2007

25- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=9134070>

05/01/2008

26- <http://www.jad-journal.com/article/phs0165032704001788/abstrac>

05/01/2008

الملاحق

الملاحق

- **الملحق رقم (01) :** يوضح إحصائيات المدمنين المترددين للعلاج في المركز الوسيط بوخضرة (عنابة) .
- **الملحق رقم (02) :** مقياس الرهاب الاجتماعي .
- **الملحق رقم (03) :** يوضح نتائج اختبار " ت " بعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS من أجل التأكد من صدق مقياس الرهاب الاجتماعي .
- **الملحق رقم (04) :** يوضح نتائج ثبات مقياس الرهاب الاجتماعي عن طريق حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ بعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.
- **الملحق رقم (05) :** مقياس المخدرات .
- **الملحق رقم (06) :** يوضح نتائج اختبار " ت " بعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS من أجل التأكد من صدق مقياس المخدرات .
- **الملحق رقم (07) :** يوضح نتائج ثبات مقياس المخدرات عن طريق حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ بعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.
- **الملحق رقم (08) :** يوضح معامل الارتباط بيرسون بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات لدى مدمني المخدرات بعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.
- **الملحق رقم (09) :** يوضح نتائج اختبار " ت " لدلالة الفروق بين متوسط درجات مدمني المخدرات ومتوسط درجات غير المدمنين على مقياس الرهاب الاجتماعي بعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.
- **الملحق رقم (10) :** يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي الاتجاه لتحديد الفروق في درجة الرهاب الاجتماعي بين الأعمار المختلفة لأفراد عينة مدمني المخدرات بعد المعالجة الإحصائية بنظام SPSS.
- **الملحق رقم (11) :** شهادة إثبات .

ملحق رقم (02)

مقياس الرهاب الاجتماعي

إعداد : رولين ووي Raulin Wee

تعريب وتقنين: د. مجدي محمد الدسوقي

بيانات أولية :

العمر :

الجنس :

تعليمات :

يعرض عليك فيمائي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك وتصرفاتك في مواقف الحياة المختلفة .

ويوجد أمام كل عبارة اختياران هما * نعم * ، * لا * .

المرجو منك :

- أن تقرأ كل عبارة بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة (x) تحت *نعم* إذا كانت العبارة تنطبق عليك ، أو بوضع علامة (x) تحت *لا* إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك .
- لا تترك عبارة دون الإجابة عليها .
- ومما يجب التأكيد عليه أن إجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة، ولا تستخدم في غير أغراض البحث العلمي .

وشكرا على تعاونك

م	العبارات	نعم	لا
---	----------	-----	----

1	أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.		
2	أستمتع بالوحدة .		
3	أفضل عادة أن أكون بصحبة الأصدقاء عن أكون وحيداً .		
4	عند دخولي حجرة مكتظة بالناس، أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور.		
5	يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئاً نفسياً عليا .		
6	لا أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي .		
7	أعتقد أنني أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس .		
8	أبتعد عن الآخرين بقدر الإمكان .		
9	أفعل هواياتي المفضلة بمفردي .		
10	أخبر الآخرين أنني لست على ما يرام، لتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام .		
11	الوقت الذي أشعر فيه بالارتياح تماماً هو ذلك الوقت الذي أكون فيه بمفردي .		
12	وجود الآخرين حولي يجعلني قلقاً .		
13	أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناوله مع الآخرين .		
14	أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي .		
15	أفضل الذهاب إلى السينما بمفردي .		
16	أستمتع دائماً بوجودي مع الآخرين .		
17	أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الاعتكاف في البيت .		
18	عندما أتحدث مع الآخرين تتملكني رغبة في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم		
19	أجد صعوبة في إقامة علاقات اجتماعية وثيقة مع الآخرين .		
20	أغادر الاجتماعات و الاحتفالات دون وداع أصدقائي .		
21	حتى عندما أكون في حالة نفسية جيدة، أفضل أن أكون بمفردي عن أكون مع الآخرين		
22	أتمنى مرور اليوم سريعاً حتى أصبح بمفردي .		
23	أتمنى لو تركني الناس بمفردي.		
24	أشعر بالأمان عند ما أكون بمفردي .		
25	عند ما أجلس في مكان مزدحم أشعر بالرغبة في الرحيل .		

26	أحتاج غالبا أن أكون بمفردي تماما لعدة أيام .		
27	أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين .		
28	أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين .		
29	عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد .		
30	يصيبني الإرهاق نتيجة تواجدي مع الآخرين، لذا لك لا أفضل التواجد معهم		
31	أعتبر نفسي شخصا منعزلا أو وحيدا .		
32	أتمنى أن أكون بفردى أو وحيد ا معظم الوقت .		
33	أستطيع التواصل بسهولة مع الآخرين .		
34	أنجذب المواقف التي تفرض على التفاعل الاجتماعي .		
35	أشعر بالارتباك عند ما أعرف أنني موضع ملاحظة من الآخرين .		
36	أشعر بالتوتر عند ما أتحدث أمام الآخرين .		

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	80	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	80	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,724	37

ملحق رقم (05)

مقياس المخدرات

إعداد : ليزلي موراي Morey
تعريب وتقنين: أ. د. مصري عبد الحميد حنورة

بيانات أولية :

العمر :

الجنس :

تعليمات :

يعرض عليك فيمايلي مجموعة من العبارات ، ويوجد أمام كل عبارة أربعة اختيارات.

المرجو منك :

- أن تقرأ كل عبارة بدقة ثم تبدي رأيك ولا تترك أي عبارة دون وضع علامة أمامها
وعليك أن :

- 1 - تضع علامة (x) أمام *لاينطبق* إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك .
- 2 - تضع علامة (x) أمام *ينطبق قليلا* إذا كانت العبارة تنطبق عليك قليلا .
- 3 - تضع علامة (x) أمام *ينطبق غالبا* إذا كانت العبارة تنطبق عليك غالبا .
- 4 - تضع علامة (x) أمام *ينطبق تماما* إذا كانت العبارة تنطبق عليك تماما .

مع العلم بأن إجاباتك سرية وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط .

وشكراً على تعاونك ...

م	رقم البند في الإستخبار	نص البند	لا ينطبق إطلاقاً	ينطبق قليلاً	ينطبق غالباً	ينطبق تماماً

				أتعاطى المخدرات أحيانا لأشعر بالراحة.	22	1
				لقد جربت جميع أنواع المخدرات.	23	2
				أخبرني الناس أنني أصبحت مدمنا للمخدرات.	62	3
				أتجنب تماما تعاطي المخدرات للتوافق مع الناس.	63	4
				سأستظرف في الاقتصاد بسبب تعاطي المخدرات.	102	5
				تعاطي المخدرات لم يسبب لي مشكلات خاصة في العمل.	103	6
				أتجنب تماما تعاطي المخدرات الممنوعة قانونا.	142	7
				اعتدت أن تعاطي العقاقير التي يصفها لي الأطباء لأشعر بالنشوة.	182	8
				استخدامي للمخدرات خارج عن إرادتي.	222	9
				عندي مشكلات صحية بسبب تعاطي المخدرات.	262	10
				أعز أصدقائي هم الذين أتعاطى معهم المخدرات.	302	11
				تعاطي المخدرات لم يسبب لي مشكلات	342	12

ملحق رقم (07)

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded(a)	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,581	13

ملخص الدراسة

الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات

(دراسة مقارنة بين عينة من مدمني المخدرات وغير المدمنين)

تهدف الدراسة الحالية للكشف عن العلاقة القائمة بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات، ومعرفة دلالة الفروق بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي، والفروق في درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات نتيجة لاختلاف العمر الزمني .

وتكونت عينة الدراسة من (216) فرداً، قسمت إلى مجموعتين :

- مجموعة من مدمني المخدرات تتكون من (62) فرداً، تم اختيارهم قسدياً من المركز الوسيط لعلاج الإدمان بوخضرة – عناية .

- ومجموعة من غير المدمنين تتكون من (154) فرداً ، تم اختيارهم قسدياً من المعهد الوطني المتخصص في التكوين المهني للتسيير – تبسة
وقد استخدمت الباحثة مقياسان هما :

- مقياس الرهاب الاجتماعي لـ " مجدي الدسوقي " (1994) .

- مقياس المخدرات لـ " مصري عبد الحميد حنورة " (1991) .

وتمثلت إجراءات الدراسة في الآتي :

- التعرف على مجتمع الدراسة .

- التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياسين، وذلك بحساب الصدق والثبات بواسطة أساليب إحصائية متنوعة .

- وتم استخدام نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS،13.00) من أجل الإجابة على تساؤلات الدراسة بتطبيق :

أ – معامل الارتباط " بيرسون " لحساب العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة .

ب – اختبار " ت " لحساب دلالة الفروق بين العينتين .

ج – تحليل التباين أحادي الاتجاه لتحديد الفروق في درجة الرهاب الاجتماعي نتيجة اختلاف العمر .

وأسفرت الدراسة على النتائج التالية :

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين درجة الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي لصالح مدمني المخدرات .
- لا تختلف درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات باختلاف العمر .
- وقد تم تفسير النتائج المتوصل إليها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة .

Résumé de l'étude

La relation entre la phobie sociale et la toxicomanie:étude comparative entre les toxicomanes et non toxicomanes

L'objectif de cette étude est la connaissance de la relation entre la phobie sociale et la toxicomanie , aussi connaitre la différence entre les toxicomanes

et les non toxicomanes dans le degré de la phobie sociale ,et aussi la différence du degré de la phobie sociale chez les toxicomanes selon l'age .

Cette étude constituée d'un échantillon de (216) personnes partagé en deux groupes :

- Un groupe de (62) toxicomanes a été choisi comme un échantillon cible dans un Centre Intermédiaire de Soins aux Toxicomanes Boukhadra (Annaba).
- Et un deuxième groupe de (154) non toxicomanes choisi comme un échantillon cible stradibie dans un Centre National de Formation Professionnelle et de Gestion (Tébessa).

La chercheuse a utilisé deux tests :

- 1- Test de la phobie sociale élaboré par « Majdi Dousouki » (1994) .
- 2- Test de la drogue élaboré par « Masri Abdelhamid Hanoura » (1991).

Dont les étapes de l'étude sont :

- La connaissance de la population d'étude .
- La confirmation des caractéristiques psychométriques des tests et cela selon le degré de fidélité et de validité , et on a utilisé de multiples méthodes statistiques.

Et on a utilisé le système d'unité statistique de la science sociale (SPSS,13,00) pour répondre aux questions de cette étude en utilisant :

- a) – Le coefficient de la corrélation (Pirson) pour calculer la relation de corrélation entre les variations de l'étude.
- b)- Le test (T) pour calculer les différences entre les deux échantillons .
- c)- L'analyse de la variation unilatérale pour préciser les différences dans le degré de la phobie sociale selon la différence d'age .

Les résultats de l'étude ont permis de trouver :

- 1- Il y'a une relation de corrélation positive entre le degré de phobie sociale et la toxicomanie .
- 2 – Il y 'a différences avec indice statistique entre les toxicomanes et les non toxicomanes dans le degré de phobie sociale dans l'intérêt des toxicomanes.
- 3- il n ' y a pas de différence dans le degré de phobie sociale chez les toxicomanes selon la tranche d'age .

Les résultats obtenus ont été discutés selon le coté théorique et les études déjà établies .

